

Referate
bei der Sitzung des
Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“
am 22. und 23. März 1996
in Würzburg

Geschäftsstelle | office:
Moorenstr. 5, Geb. 15.12
(Heinrich-Heine-Universität)
D-40225 Düsseldorf
Tel. (0211) 31 28 28
FAX (0211) 31 68 19
e-mail: awmf@uni-duesseldorf.de
AWMF online: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/>

1. Thema: Grenzen der Behandlungspflicht, Behandlungseinschränkung, Behandlungsabbruch

aus juristischer Sicht: RA Prof. Dr. K. Ulsenheimer, München

I. Die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht zu bestimmen, gehört zweifellos zu den juristisch, medizinisch, berufsethisch, standesrechtlich und moralisch schwierigsten Problemen, die gerade in den letzten Jahren durch mehrere einschlägige Gerichtsentscheidungen eine außerordentliche Aktualität erlangt haben und sich nicht nur dem Intensivmediziner, sondern ebenso dem Nephrologen, Chirurgen, Internisten oder Allgemeinarzt immer wieder und immer wieder neu stellen: Wie soll er sich sterbenden Patienten gegenüber verhalten, die - ohne Aussicht auf Heilung - nicht mehr leben wollen, den Abbruch der künstlichen Ernährung, der Abschaltung der Apparaturen und damit die Verkürzung ihrer Leiden wünschen? Was darf der Arzt im Grenzbereich zwischen Leben und Tod tun, wozu ist er verpflichtet? Besteht ein Recht oder sogar eine Pflicht für den Arzt, sich dem Todeswunsch eines Lebensmüden zu beugen, der nach einem Suizidversuch bewußtlos ins Krankenhaus eingeliefert wurde? Was soll der Arzt tun, wenn Angehörige ihn bitten, ihre „alte Mutter“, die in einem irreversiblen, bewußtlosen Zustand seit Monaten dahindämmert, „in Frieden, ohne Fortführung künstlicher lebenserhaltender Maßnahmen“ sterben zu lassen?

II. Angesichts der atemberaubenden Fortschritte der Medizin und ihrer Technik steht der vor Ort tätige Arzt immer häufiger vor solchen Konfliktsituationen, für die er vom Recht eine eindeutige Antwort, zumindest aber die maßgeblichen Orientierungspunkte erwartet. Eine spezialgesetzliche Regelung fehlt, so daß die Rechtsprechung und Schrifttum die Grenzen des ärztlichen Behandlungsrechts und der ärztlichen Behandlungspflicht auf der Grundlage der allgemeinen Normen des Grundgesetzes und des Strafrechts festlegen müssen. Da die Judikatur leider in sich nicht ganz widerspruchsfrei und darum für den juristischen Laien teilweise nicht recht oder nur schwer verständlich ist, will ich die tragenden Leitsätze, Differenzierungen und Entscheidungskriterien, über die Einigkeit besteht, meinen Ausführungen voranstellen:

Es sind 9 Punkte:

- (1) Das menschliche Leben ist ein Wert höchsten Ranges innerhalb unserer Rechts- und Sittenordnung. Sein Schutz ist staatliche Pflicht (Art. 2 Abs. 2 GG), seine Erhaltung vorrangige ärztliche Aufgabe. Eine Abstufung des Schutzes des Lebens nach der sozialen Wertigkeit, der Nützlichkeit, dem körperlichen Zustand oder der geistigen Verfassung verstößt gegen Sittengesetz und Verfassung.
- (2) Andererseits gilt - so der BGH wörtlich: „ Es gibt keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung eines erlöschenden Lebens um jeden Preis. Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deswegen unerläßlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts des bisherigen Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die Achtung des Lebens und der Menschenwürde ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht“.
- (3) Das Grundgesetz erkennt kein „Recht auf Selbsttötung“ an.
- (4) Aber: Die Selbsttötung erfüllt keinen Strafbestand, so daß Beihilfe oder Anstiftung zu fremdem Selbstmord straflos ist, sofern dieser auf einer eigenverantwortlichen Entscheidung beruht.
Eine solche Sachkonstellation lag der Entscheidung des OLG München im Jahre 1987 im „Fall Hackethal“ zugrunde:
Die 69jährige Patientin litt seit 1977 an einem schweren, bösartigen Hautkrebsleiden, so daß sie kaum noch essen konnte, die Wunden nicht heilten, die Augen trännten und schmerzhaftige Gesichtsneuralgien trotz hoher Dosen schmerzlindernder Mittel sie peinigten. Anfang 1984 wurde bei reduziertem Allgemein-, Ernährungs- und Kräftezustand ein rezidivierender Oberkieferhöhlentumor rechts mit destruktivem Wachstum in die Schädelbasis und in die Augenhöhle hinein festgestellt. Außerdem bestand eine Mittelgesichtszerstörung mit Fehlen des Oberkiefers mit Oberlippe und unteren Nasenanteilen und eine starke beidseitige Unterlidschwellung mit völligem Verschluß des rechten Auges und starkem Ektropium links.
Angesichts dieses Zustands hielt die Patientin ihr Leben für nicht mehr lebenswert und äußerte den Ärzten der Klinik gegenüber, sie wolle sterben, wisse aber nicht wie. Sie bedrängte deshalb den Angeschuldigten, ihr zu helfen, und wiederholte den Wunsch in vielen Telefongesprächen, bis er schließlich dazu bereit war. In Absprache mit ihr und unter genauer Anwei-

sung, wie es einzunehmen sei, überließ er ihr ein schnell wirkendes Gift (Kaliumcyanid), das die Patientin nach Auflösung mit der erforderlichen Menge Wasser in einem Becher selbständig austrank. Kurze Zeit später trat ihr Tod ein.

Das Landgericht Traunstein lehnte die Eröffnung des Hauptverfahrens ab, die Beschwerde der Staatsanwaltschaft hatte keinen Erfolg. Denn die Patientin hatte den lebensvernichtenden Akt eigenhändig und in freier Willensentscheidung ausgeführt, so daß der Arzt nur Gehilfe an einer frei verantwortlichen verwirklichten Selbsttötung und daher nicht strafbar war.

- (5) Soweit die Lebensverkürzung eine unbeabsichtigte, aber als möglich bzw. unvermeidlich vorausgehende Nebenfolge einer auf ein anderes therapeutisches Ziel (z. B. Schmerzlinderung oder Schmerz beseitigung) gerichteten ärztlichen Maßnahme ist, kommt eine Strafbarkeit nicht in Betracht. „Vielmehr kann bei einer unheilbar Erkrankten, qualvoll Leidenden die Schmerzlinderung als gebotene ärztliche Hilfe derart im Vordergrund stehen, daß die eventuelle Nebenwirkung einer Beschleunigung des Lebensendes als das geringere Übel in Kauf genommen werden darf.“
- (6) Die sog. Basisversorgung des Patienten ist rechtliche, ärztliche und allgemein soziale Verpflichtung, die als Ausdruck mitmenschlicher Solidarität bis zuletzt aufrechterhalten werden muß. Sie umfaßt die Körperpflege, das Freihalten der Atemwege, Zufuhr von Flüssigkeiten und Ernährung. Ob auch die künstliche parenterale Ernährung dazu gehört, ist strittig.
- (7) Die direkte, aktive Sterbehilfe ist strafbar, und zwar unabhängig davon, ob der Patient sie wünscht oder nicht, da das Rechtsgut Leben nicht disponibel ist und daher die Einwilligung des Patienten keine rechtfertigende Wirkung entfalten kann. Handelt der Arzt aufgrund eines ausdrücklichen und ernsthaften Verlangens des Patienten, ist § 216 StGB einschlägig, in den übrigen Fällen finden die §§ 211 bzw. 212 StGB Anwendung.
- (8) Von diesem Grundgesetz (uneingeschränkter Strafbarkeit der direkten aktiven Sterbehilfe) gibt es drei Ausnahmen:
- ⇒ Anstiftung oder Beihilfe zum Selbstmord eines bewußtseinsklaren Patienten sind - wie bereits gesagt - straflos (siehe Ziffer 4).
 - ⇒ Der Behandlungsabbruch bei einem irreversibel bewußtlosen Patienten durch Abschalten des Beatmungsgerätes (z. B. des Respirators) entsprechend seinem wirklichen oder mutmaßlichen Willen ist erlaubt. Denn nach nahezu einhelliger Ansicht der gesamten strafrechtlichen Literatur kann „im Ergebnis kein Zweifel bestehen, daß dort, wo ein medikamentös-therapeutischer Behandlungsabbruch zulässig wäre, auch der technisierte Behandlungsabbruch zulässig sein muß.“ Das vordergründige aktive Tun ist bei normativer, wertender Betrachtung ein Unterlassen, so daß die Grundsätze zur passiven Sterbehilfe gelten.
 - ⇒ Der Behandlungsabbruch bei einem bewußtseinsklaren Patienten durch Abschalten des Beatmungsgerätes mit dessen Einwilligung in extremen Grenzlagen (unerträgliche Schmerzen, unabwendbarer, baldiger Todeseintritt, ausdrücklicher, ernsthafter Todeswunsch des Patienten) ist straffrei.

Fallbeispiel - Landgericht Ravensburg:

Die Ehefrau des Angeklagten (kein Arzt!) litt an einer inkurablen Rückenmarkserkrankung, die mit fortschreitender Lähmung schließlich zum Tode führt. Bei der Einlieferung ins Krankenhaus am 2.7.1985 war die Frau bewußtlos und lag „im Sterben“. Mit Hilfe künstlicher Beatmung kam sie zwar wieder zu Bewußtsein, doch empfand sie diese Maßnahme als „unerträgliche Quälerei“ und schrieb deshalb am 3.7.1985 mit Hilfe einer elektrischen Spezialschreibmaschine, mit der allein sie sich noch Dritten gegenüber äußern konnte, „im Vollbesitz ihrer Geisteskräfte“:

„Ich möchte sterben, weil mein Zustand nicht mehr erträglich ist, je schneller, desto besser. Dies wünsche ich mir von ganzem Herzen.“

Darauf schaltete ihr Ehemann in einem unbeobachteten Augenblick das Beatmungsgerät aus, um ihr damit einen „letzten Liebesdienst“ zu erweisen, hielt ihre Hand und blieb an ihrem Bett sitzen, „bis etwa eine Stunde nach Abschalten des Gerätes der Tod infolge Herzstillstand eintrat“.

Das Landgericht sprach dem Ehemann vom Vorwurf der Tötung auf Verlangen (§ 216 Abs. 1 StGB) frei und führte zur Begründung aus, „daß ein unweigerlich dem Tod geweihter Mensch, der aus eigener Kraft nicht mehr weiterleben kann und dessen „Leidensverlängerung“ mit Hilfe technischer Geräte unzweifelhaft nur eine Verlängerung des Sterbevorgangs bedeutet“, den Abbruch bzw. das Unterbleiben solcher Maßnahmen verlangen kann.

Wenn deshalb ein Arzt dem „ernsthaften Todeswunsch“ des im Sterben liegenden Menschen nachgibt, „dessen Tod nur noch mit Hilfe technischer Geräte künstlich und ohne jegliche Hoffnung auf ein auch nur kurzfristiges Leben aus eigener Kraft hinausgezögert werden kann“, und die Behandlung in derartigen Ausnahmesituationen einstellt, so bleibt dies strafrechtlich ohne Folgen. Denn: Hatte die Patientin „die rechtliche Macht zu verlangen, daß sie nicht künstlich beatmet zu werden, so hatte sie auch das Recht zu verlangen, daß eine künstliche Beatmung abgestellt werde, selbst wenn hierzu ein Handeln erforderlich ist“. Andererseits darf gegen oder ohne den Willen des im Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs noch bei Bewußtsein befindlichen Patienten niemand, kein Arzt, kein Angehöriger und kein Dritter, das Reanimationsgerät ausschalten.

- (9) Rechtlich zulässig ist die passive Sterbehilfe „im eigentlichen Sinn“, d. h. die Hilfe für den Sterbenden bzw. die Hilfe beim Sterben. „Sterbehilfe in diesem Sinne setzt voraus, daß das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar (irreversibel) ist, eine tödlichen Verlauf angenommen hat und der Tod in kurzer Zeit eintreten wird. Ist eine derartige Prognose - insbesondere das Merkmal der unmittelbaren Todesnähe - gegeben, so hat der Sterbevorgang bereits eingesetzt“. In diesem Stadium und unter diesen Prämissen ist es dem Arzt erlaubt, auf lebensverlängernde Maßnahmen wie z. B. die Beatmung, die Vornahme einer Transfusion oder künstlichen Ernährung zu verzichten.

III. Als Problemfeld, mit dem die Ärzteschaft in der Praxis allerdings am häufigsten konfrontiert wird, verbleibt die sog. „passive“ Sterbehilfe durch Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, bei sterbenden und irreversiblen bewußtlosen Patienten. Hier bestehen noch immer erhebliche Meinungsdivergenzen.

Zentraler Ausgangspunkt für die strafrechtliche Beurteilung der verschiedenen Fallkonstellationen ist nach der Rechtsprechung das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

1. Das Recht und die Pflicht des Arztes, „den Kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu heilen“, finden „in dem grundsätzlich freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper“ ihre Grenze. Es wäre ein rechtswidriger Eingriff in die freie Würde der menschlichen Persönlichkeit, wenn ein Arzt - und sei es auch aus medizinisch berechtigten Gründen - eigenmächtig und selbstherrlich „einen folgenschweren Eingriff bei einem Kranken gegen dessen Willen vornimmt“. „Das Selbstbe-

stimmungsrecht des Patienten schließt auch die Selbstbestimmung zum Tode ein“. „Denn ein selbst lebensgefährlich Kranker kann triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte“. Dem Recht des Patienten auf Unvernunft steht also keine „Therapiefreiheit“, kein sog. „therapeutisches Privileg“ des Arztes gegenüber.

Lehnt z. B. der Patient aus freiem, ernstlichem Entschluß eine das Leben verlängernde Operation, die künstliche Ernährung oder sonstige dringend gebotene ärztliche Eingriffe ab, „so entfällt das aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis abgeleitete Behandlungsrecht und die auf den Lebensschutz zielende Behandlungspflicht des Arztes, er wird zum Begleiter im Sterben und bleibt nur noch Garant für die Basisversorgung des Patienten“.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten begrenzt also die in der Garantenposition des Arztes wurzelnde Schutzverantwortung für dessen Leben und Gesundheit.

2. Eine Sonderstellung räumt die BGH-Judikatur allerdings insoweit dem Suizidpatienten ein.

a) Nach ständiger Rechtsprechung ist der Selbstmord ein „Unglücksfall“ im Sinne des § 323 c StGB, so daß die erforderliche und zumutbare Hilfe von jedermann zu leisten ist. Darüber hinaus trifft den Arzt unter Umständen sogar eine sog. Erfolgsabwendungspflicht, wenn er die Behandlung des nach dem Suizidversuch ins Krankenhaus eingelieferten Patienten übernommen hat und dieser nicht mehr „Herr des Geschehens“, also z. B. bewußtlos ist.

„Jedenfalls dann, wenn der ohne ärztlichen Eingriff dem sicheren Tod preisgegebene Suizident schon bewußtlos ist, darf sich der behandelnde Arzt nicht allein nach dessen vor Eintritt der Bewußtlosigkeit erklärten Willen richten, sondern hat in eigener Verantwortung eine Entscheidung über die Vornahme oder Nichtvornahme auch des nur möglicherweise erfolgreichen Eingriffs zu treffen.“

b) Die besondere Hervorhebung des Selbstbestimmungsrechts der „Normalpatienten“ einerseits und andererseits die jedermann, also auch und insbesondere dem Arzt obliegende Hilfspflicht gegenüber dem Suizidpatienten - also entgegen seinem erkennbaren Willen zu helfen - steht in einem kaum überbrückbaren Gegensatz, der auch dem BGH nicht verborgen geblieben ist. Dennoch hat er diese Rechtsprechungslinie - wenngleich mit einigen Zusätzen, „Zwischentönen“ und Ausnahmen - im Grundsatz trotz aller Kritik stets beibehalten:

„Wenn nämlich der Suizident die tatsächliche Möglichkeit der Beeinflussung des Geschehens („Tatherrschaft“) endgültig verloren hat, weil er infolge der Bewußtlosigkeit nicht mehr von seinem Beschluß zurücktreten kann, hängt der Eintritt des Todes jetzt allein von dem Verhalten des Garanten ab“, der somit „Herr des Geschehens“ und damit „Täter“ eines Tötungsdelikts durch Unterlassen ist. Ohne Garantenstellung liegt ein „Unglücksfall“ vor, so daß der Arzt bei Untätigbleiben gegenüber einem bewußtlosen Suizidenten im Regelfall so oder so strafbar ist.“

c) Ausnahmefälle sind jedoch denkbar, wie der vom BGH entschiedene konkrete Fall „Dr. Wittig“ zeigt:

„Der Angeklagte war Hausarzt einer 76jährigen Witwe, die an hochgradiger Verkalkung der Herzkranzgefäße und an Gehbeschwerden wegen einer Hüft- und Kniearthrose litt. Nach dem Tod ihres Ehemanns sah sie ihr Leben als sinnlos an und äußerte dem Angeklagten gegenüber mehrfach, sie wolle niemals in einen Zustand der Hilflosigkeit verfallen und weder in ein Krankenhaus noch in ein Pflegeheim gebracht werden. Diesen Wunsch hatte sie auch schriftlich niedergeschrieben:

„Im Vollbesitz meiner Sinne bitte ich meinen Arzt, keine Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim, keine Intensivstation und keine Anwendung lebensverlängernder Medikamente. Ich möchte einen würdigen Tod sterben. Keine Anwendung von Apparaten. Keine Organentnahme.“

Wenig später erklärte sie in einem weiteren Schriftstück: „Ich bin über 76 Jahre alt und möchte nicht länger leben.“

Der Angeklagte versuchte vergeblich, sie von dieser Haltung abzubringen. Als er am 28.11.1981 einen Hausbesuch machen wollte, ihm aber niemand öffnete, holte er bei einem Nachbarn einen Zweitschlüssel und ging in die Wohnung. Dort fand er die Patientin bewußtlos auf der Couch liegend. Unter ihren gefalteten Händen befand sich ein Zettel, auf dem sie handschriftlich vermerkt hatte: „An meinen Arzt - bitte kein Krankenhaus - Erlösung - 28.11.1981“

Und auf einem anderen stand: „Ich will zu meinem Peterle.“

Aus diesen Schriftstücken und zahlreichen leeren Medikamentenpackungen erkannte der Angeklagte, daß seine Patientin eine Überdosis Morphium und Schlafmittel in Selbsttötungsabsicht eingenommen hatte. Da ihr Puls nicht mehr tastbar und ihre Atmung nur noch schwach war, glaubte er, sie sei nicht mehr zu retten, jedenfalls nicht ohne schwere Dauerschäden. Dieser Umstand und die Kenntnis des immer wieder geäußerten Selbsttötungswillens der Patientin bewogen ihn schließlich, nichts zu ihrer Rettung zu veranlassen, doch blieb er in ihrer Wohnung, bis am nächsten Morgen der Tod eintrat.

Das Landgericht Krefeld sprach den angeklagten Arzt frei, die Revision der Staatsanwaltschaft wies der BGH als unbegründet zurück:

„Die rechtlich bedeutsame Konfliktsituation für den Arzt lag nicht in der allgemeinen Frage, ob sich ein Arzt dem Todeswunsch des Suizidenten beugen darf. Dies ist grundsätzlich unzulässig.

Die den Angeklagten entlastende Lage besteht vielmehr darin, daß er wegen des weit fortgeschrittenen, von ihm als tödlich aufgefaßten Vergiftungszustand davon überzeugt war, daß Leben von Frau U. allenfalls noch mittels vor ihr stets verabscheuter Maßnahmen der Intensivmedizin und auch dann nur unter Inkaufnahme irreparabler schwerer Schäden verlängern zu können. ...

Wenn der Angeklagte in dieser Grenzsituation den Konflikt zwischen der Verpflichtung zum Schutz des Lebens und der Achtung des Selbstbestimmungsrechts der nach seiner Vorstellung bereits schwer und irreversibel geschädigten Patientin dadurch zu lösen suchte, daß er nicht den bequemeren Weg der Einweisung in eine Intensivstation wählte, sondern in Respekt vor der Persönlichkeit der Sterbenden bis zum endgültigen Eintritt des Todes bei ihr ausharrte, so kann seine ärztliche Gewissensentscheidung nicht von Rechts wegen als unvertretbar angesehen werden.

Der BGH verneinte den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung, weil es dem Arzt nicht zumutbar gewesen sei, die als Hilfe allein in Betracht kommende Überweisung auf eine Intensivstation vorzunehmen.“

Von diesem Ausnahmefall abgesehen geht der BGH sonst bei bewußtlosen Suizidpatienten davon aus, daß ihr Wille unbeachtlich ist.

d) Ob das auch für nach einem Selbstmordversuch noch urteilsfähigen Patienten gilt, d. h., ob das Recht, über die Vornahme medizinischer Eingriffe selbst zu bestimmen, aus übergeordneten Gründen „auch für den bewußtseinsklaren, aber schwer verletzten Suizidenten“ aufgehoben bzw. einzuschränken ist, hat der BGH ausdrücklich offen gelassen.

Das OLG München wandte sich dagegen in seinem schon erwähnten Nichteröffnungs-Beschluß gegen die unterschiedliche Wertung der Behandlungsablehnung seitens eines lebensmüden „Normalpatienten“ und der Therapieverweigerung durch einen frei verantwortlich handelnden, urteilsfähigen Suizidpatienten.

„Dem von Frau E. geäußerten freien Willen kann die rechtliche Wirksamkeit nicht abgesprochen werden. Mangels einer aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis resultierenden, auf den Lebensschutz zielenden Garantenpflicht des Angeschuldigten kann daher das Unterlassen einer Behandlung nach Eintritt der Bewußtlosigkeit nicht als strafbare Tötung nach §§ 216, 13 StGB angesehen werden.“

Das OLG München verneinte auch den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323 c StGB), „weil die Verhinderung des Suizids bei den gegebenen außergewöhnlichen Umständen nicht mehr als erforderliche „Hilfe“ im Sinne des § 323 C“, sondern als „inhumane Quälerei“ erscheine. Eine solche zwangsweise Leidensverlängerung wäre aufgrund der vorliegenden „extremen Ausnahmesituation“ auch nach § 34 StGB nicht gerechtfertigt gewesen.

Ausdrücklich weist das OLG München jedoch darauf hin, daß der Arzt trotz Straffreiheit im konkreten Fall möglicherweise gegen seine ärztlichen Berufspflichten verstoßen hat. Denn die Bereiche Strafrecht und Arztethik hätten unterschiedliche Zielsetzungen, so daß strafrechtliche und berufsrechtliche Pflichten sich nicht deckten.

3. Hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen bindet der vom urteilsfähigen (bewußtseinsklaren) Patienten ausgesprochene Verzicht den Arzt auch dann, wenn der Patient im voraussehbaren Verlauf der Krankheit das Bewußtsein verliert und keine wesentliche Veränderung der Umstände eingetreten ist, die im Zeitpunkt seiner Entscheidung gegeben waren. Hat sich die konkrete, aktuelle Entscheidungssituation dagegen verändert, d. h. liegen Anhaltspunkte vor, die dem früher geäußerten Willen zuwiderlaufen, entfällt dessen verbindliche Kraft. Deshalb ist gegenüber sog. Patiententestamenten Vorsicht angezeigt, da diese oftmals zu einem Zeitpunkt abgefaßt werden, der mit den späteren Gegebenheiten der Entscheidungslage nicht mehr vergleichbar ist. Jeder Mediziner weiß aus zahlreichen Beispielen, daß „die psychische Situation eines jeden Kranken im Vergleich zu seinem Normalzustand“ eine andere ist und „schon viele in gesunden Tagen sehr willensstarke Patienten sich an einen „Strohalm der Rettung“ geklammert haben“.

4. In solchen Fallgestaltungen ist deshalb der mutmaßliche Wille des Patienten anhand aller Umstände des konkreten Falles zu ermitteln. Dabei stellt der BGH ausdrücklich insoweit „erhöhte Anforderungen“ an den mutmaßlichen Willen „insbesondere im Vergleich zur Sterbehilfe im eigentlichen Sinne“, um von vornherein der Gefahr vorzubeugen, „daß Arzt, Angehöriger oder Betreuer unabhängig von Willen des entscheidungsunfähigen Kranken nach eigenen Maßstäben und Vorstellungen das von ihnen als sinnlos, lebensunwert oder unnütz angesehene Dasein des Patienten beenden.“

Mit diesem Vorbehalt im Interesse des Lebensschutzes hat der BGH 1994 die Zulässigkeit passiver Sterbehilfe vorsichtig auf einen Fall erweitert, in dem der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hatte, es also nicht um die Hilfe beim Sterben, sondern um die Hilfe zum Sterben ging:

„Die Patientin litt an einem ausgeprägten hirnrorganischen Psychosyndrom im Rahmen einer präsenilen Demenz mit Verdacht auf Alzheimer-Krankheit. Durch einen Anfang September 1990 erlittenen Herzstillstand mit anschließender Reanimation war sie irreversibel schwerst zerebral geschädigt, sie befand sich in einem sog. Koma vigile. Aufgrund darauf beruhender Schluckunfähigkeit war sie auf künstliche Ernährung mit einer Sondennahrung angewiesen. Zunächst erfolgte die Ernährung über die Nase, wegen der dabei aufgetretenen Komplikation ab Ende 1992 über eine Magensonde.

Seit Ende 1990 war die Patientin nicht mehr ansprechbar, geh- und stehunfähig und reagierte auf optische, akustische und Druckreize lediglich mit Gesichtszucken oder Knurren. Trotz Krankengymnastik kam es zu sog. Grobkontrakturen an den Gliedmaßen. Der Zustand der Patientin veränderte sich nach Einbringung der Magensonde nicht. Die Vitalfunktionen waren vorhanden, Anzeichen für Schmerzempfinden bestanden nicht.

In dieser Situation beschlossen Arzt und der als Betreuer eingesetzte Sohn der Patientin im März 1993, also nach 2½ Jahren, ihren Zustand, bei dem keine Besserung zu erwarten war, dadurch zu beenden, daß man die Sondenernährung einstellte und statt dessen lediglich Tee verabreichte. Dadurch würde der Tod binnen zwei bis drei Wochen eintreten, ohne daß sie leiden müsse.

Entgegen dieser Erwartung verständigte jedoch der Pflegedienstleiter, der Bedenken gegen die rechtliche Zulässigkeit des Abbruchs der Nahrungszufuhr hatte, das Vormundschaftsgericht, das das geplante Vorgehen untersagte und die Sache an die Staatsanwaltschaft abgab, worauf es zu einem Strafverfahren gegen Arzt und den Sohn der Patientin kam. Sie wurden in erster Instanz vom Landgericht Kempten wegen versuchten Totschlags für schuldig befunden und zu Geldstrafen verurteilt. Die Revisionen der Angeklagten hatten Erfolg, und beide wurden in der neuen Verhandlung vor dem Landgericht Kempten im Mai 1995 freigesprochen.

a) Die Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist der maßgebliche Begründungsansatz, warum in dieser - jüngsten - Entscheidung des BGH zum Problemkreis der „Sterbehilfe“ in Grenzfällen „ausnahmsweise ein zulässiges Sterbenlassen durch Abbruch einer ärztlichen Behandlung“ bei einem entscheidungsunfähigen Patienten, dessen wesentliche Lebensfunktionen wie Atmung, Herzaktion und Kreislauf noch erhalten sind, „nicht von vornherein ausgeschlossen“ erscheint, sondern durch sein mutmaßliches Einverständnis gerechtfertigt sein kann.

b) Entscheidend kommt es dabei auf den mutmaßlichen Willen des Patienten im Tatzeitpunkt an, wie er sich nach sorgfältiger Abwägung aller Umstände darstellt. Hierbei sind frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Kranken ebenso zu berücksichtigen wie seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen. Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung einer Maßnahme als gemeinhin „vernünftig“ oder „normal“, den Interessen eines „verständigen“ Patienten überlicherweise entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung. Sie können lediglich Anhaltspunkte für die Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens sein.

Wie schwierig diese Willensforschung anhand der vom BGH aufgestellten Kriterien ist, zeigte die nach Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils folgende neue -3-tägige- Hauptverhandlung vor dem Landgericht Kempten.

Wörtlich heißt es in den Urteilsgründen:

„Nach Ansicht der Kammer bestehen Zweifel, ob aus einzelnen der dargestellten Äußerungen der Frau Sch., für sich genommen, auf einen mutmaßlichen Patientenwillen geschlossen werden kann. Teilweise liegen diese Äußerungen lange zurück, teilweise wurden sie von Frau Sch. in depressivem Zustand gemacht, teilweise unter Umständen in einem Zustand, für den die freie Willensbestimmung der Patienten in Frage steht, und teilweise hat sich Frau Sch. bezüglich des Schicksals eines anderen oder gar anläßlich von Fernsehsendungen womöglich aufgrund einer momentanen Stimmung geäußert. ...

In einer Gesamtschau ergibt sich jedoch, „daß sich die Äußerungen von Frau Sch. in den letzten ca. 30 Jahren wie ein roter Faden durch ihr Leben ziehen. Daraus wird eine Grundeinstellung der Patientin deutlich, die sich bis zum Koma im Herbst 1990 nicht geändert hat. Sets hat Frau Sch. betont, daß sie nicht leiden, nicht dahingeren / dahinsiechen, nicht an Schläuchen hängen und nicht abhängig von fremder Hilfe sein möchte. Daraus ergibt sich eine Grundeinstellung, daß sie vor allem auch unter Berücksichtigung der folgenden weiteren Umstände mutmaßlich mit dem Vorgehen der Angeklagten einverstanden war“.

Aus ihren Äußerungen gegenüber Zeugen folgt, „daß sie nicht bereit war, jedes Schicksal auf sich zu nehmen. Ihre religiöse Überzeugung war nicht so prägnant, daß dazu der Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen in Widerspruch stehen würde. ... Weiterhin ist bei dieser Gesamtschau zu berücksichtigen, daß aufgrund der infausten Prognose und des irreversiblen Zustands Aussicht auf Besserung nicht bestand.

Die Gesamtwürdigung sämtlicher Indizien ergibt somit, daß das geplante Vorgehen der Angeklagten dem mutmaßlichen Willen von Frau Sch. entsprach. Der von beiden Angeklagten beschlossene Ernährungsabbruch ist daher im vorliegenden Einzelfall ausnahmsweise gerechtfertigt, so daß sie freizusprechen waren.“

c) Hätten sich „bei der gebotenen sorgfälligen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden lassen“, hätte nach Ansicht des BGH „auf die allgemeinen Wertvorstellungen zurückgegriffen werden“ müssen. Dazu sagt der BGH inhaltlich nicht viel, sondern betont nur, bei diesem Rückgriff sei „Zurückhaltung geboten“. Im Zweifel habe „der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, des Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person“. Im Einzelfall werde „die Entscheidung naturgemäß auch davon abhängen, wie aussichtslos die ärztliche Prognose und wie nah der Patient dem Tod ist: je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, um so eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen“. Geht es also nur noch um eine sinnlose Verzögerung des Sterbens, entfällt die Rechtspflicht des Arztes zur Lebensverlängerung.

Daraus folgt z. B.: Der Arzt, der es unterläßt, einen Apalliker oder einen bewußtlosen Halsmarkverletzten mit Querschnittslähmung künstlich zu beatmen oder den Sterbeprozess durch Injektionen, Bluttransfusionen, Infusionen oder Operationen kurzfristig aufzuhalten, macht sich keiner Tötung durch Unterlassen schuldig.

d) Könnte der bewußtlose Patient durch die ärztliche Maßnahme dagegen gerettet werden, wenn auch nur unter Inkaufnahme irreparabler schwerer Schäden, vermag der Gesichtspunkt der „Aussichtslosigkeit“ weiterer ärztlicher Bemühungen nicht einzugreifen. Maßgebend ist in dieser Situation vielmehr allein der mutmaßliche Wille des Patienten. Gibt es Anhaltspunkte für dessen Entscheidung pro vita, muß der Arzt die medizinisch gebotenen Maßnahmen ergreifen. Sprechen die Indizien dagegen, beseitigt das fehlende Behandlungsrecht auch die Behandlungspflicht des Arztes. Läßt sich der individuelle mutmaßliche Wille nicht ermitteln, ist von der Vorrangigkeit des Lebensschutzes auszugehen, da „das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen durch das Offenhalten der Entscheidungslage am besten gewahrt“ wird und nur diese auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtete Auffassung ärztlichem Selbstverständnis entspricht.

5. Da die hier einschlägigen Fallgestaltungen meist einen längeren Krankheitsprozess voraussetzen, ist für den entscheidungsunfähigen Patienten beim Vormundschaftsgericht ein Betreuer zu bestellen und in der Regel auch ausreichend Zeit dazu.

a) In dem hier besprochenen Fall hat der BGH ausdrücklich betont, daß die Zustimmung des Sohnes der Verstorbenen allein, die er in seiner Eigenschaft als ihr Betreuer gegeben hatte, den Behandlungsabbruch nicht rechtfertigen könne, vielmehr zu ihrer Wirksamkeit gemäß § 1904 BGB die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts notwendig sei. Allerdings ist diese Vorschrift auf den - tödlich verlaufenden - Behandlungsabbruch nicht unmittelbar anwendbar. Denn nach ihrem Wortlaut umfaßt sie nur aktive ärztliche Maßnahmen wie Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe.

Nach ihrem Sinn und Zweck muß diese Bestimmung jedoch in Fällen der Sterbehilfe nach Ansicht des BGH jedenfalls dann - erst recht - entsprechend angewandt werden, wenn die ärztliche Maßnahme in der Beendigung einer bisher durchgeführten lebenserhaltenden Behandlung besteht und der Sterbevorgang noch nicht unmittelbar eingesetzt hat. Denn wenn schon bestimmte Heileingriffe wegen ihrer Gefährlichkeit der alleinigen Entscheidungsbefugnis des Betreuers entzogen sind, müsse dies umso mehr für Maßnahmen gelten, die eine ärztliche Behandlung beenden sollen und mit Sicherheit binnen kurzem zum Tode des Kranken führen. Allerdings gelten über die Orientierung der Entscheidung an den Wünschen des Betreuers (§ 1901 Abs. 2 Satz 2 BGB) letztlich wiederum die Kriterien der mutmaßlichen Einwilligung, soweit die Entscheidung nicht dem objektiven Wohl des Patienten zuwiderläuft.

Da der angeklagte Sohn der Patientin aber die notwendige Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nicht eingeholt hatte, wurde seine Anfang März 1993 gegenüber dem angeklagten Arzt erklärte Zustimmung zur Einstellung der künstlichen Ernährung schon deshalb als unwirksam angesehen.

b) Damit enthält die Entscheidung des BGH aber einen offensichtlichen Widerspruch: einerseits sollen allein der mutmaßliche Wille bzw. hilfsweise die „allgemeinen Wertvorstellungen“ maßgebend sein, andererseits ist die Zustimmung des Betreuers und dessen vormundschaftsgerichtliche Genehmigung als „zusätzliche Wertvorstellungen“ maßgebend sein, andererseits ist die Zustimmung des Betreuers und dessen vormundschaftsgerichtliche Genehmigung als zusätzliche Voraussetzung gefordert!! Was soll der Arzt tun? Ich empfehle dringend, nur den „zweiten Weg“ zu gehen, d. h.: einen Betreuer einzuschalten, die gerichtliche Entscheidung abzuwarten und nicht auf die allgemeinen Wertvorstellungen zu bauen. Andernfalls droht ein hohes forensisches Risiko!! Denn wie sollen diese allgemeinen Überzeugungen ermittelt werden? Wer ist die „Allgemeinheit“: die Juristen, die Moraltheologen, die Ärzteschaft, Presse und Massenmedien?

c) Nicht entscheiden mußte der BGH die praktisch bedeutsame Frage, welche inhaltlichen Kriterien für den Betreuer und das Vormundschaftsgericht gelten und ob ein vormundschaftsgerichtlich genehmigter Behandlungsverzicht für die behandelnden Ärzte verbindlich ist.

d) Antwort: Da die Entscheidung des Betreuers diejenige des Betreuten ersetzt (§ 1902 BGB), hat sie für die behandelnden Ärzte die gleiche Verbindlichkeit wie eine Erklärung des Patienten selbst. Sie berechtigt - bei Zustimmung des VG - nicht nur zum Behandlungsabbruch, sondern verpflichtet auch dazu. Ein Entscheidungsspielraum der Ärzte ist nicht anzuerkennen. Dies ist auch sachgerecht. Denn zum einen ist im vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungsverfahren das Gutachten eines Sachverständigen einzuholen (69 d Abs. 2 f GG) und zum anderen erfolgt die Klärung des mutmaßlichen Patientenwillens durch ein unabhängiges Gericht, das ärztlichen Sachverstand berücksichtigt, so daß ein höheres Maß an Objektivität und Rationalität gewährleistet ist, als bei der Entscheidung durch die unmittelbar an der Behandlung beteiligten Personen.

IV. Die beiden Angeklagten des Kemptener Falles - Arzt und Sohn der Patientin - haben in drei Instanzen mit einer über zweijährigen Verfahrensdauer erlebt, welche psychischen und physischen Belastungen, welchen Druck eine öffentliche Hauptverhandlung, die Bericht-erstattung in den Massenmedien und die ungewohnte Rolle als Angeklagte bedeutet. Deshalb kann man auf diesem schwierigen und schwankenden, von unterschiedlichen weltanschaulichen, religiösen und sittlichen Anschauungen geprägten Terrain vor „einsamen“ Entschlüssen nur warnen. „Kein anderer Bereich des Strafrechts steht heute auf einer derart brüchig gewordenen, von zahllosen Zweifeln, Unklarheiten und Inkonsistenzen unterminierten normativen Grundlage wie der für ärztliche Entscheidungen zwischen Leben und Tod zuständige - und keiner hat ein sozialetisch tragfähiges Fundament dringlicher nötig.“ Aus diesem Dilemma weist keine juristisch lex artis allein den Weg. Die Bestimmung der Grenzen der Behandlungspflicht, die Entscheidung zum Therapieverzicht oder -abbruch bedarf deshalb der Einbeziehung aller Beteiligten: Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige, darüber hinaus aber auch der zuständigen staatlichen Stellen: Vormundschaftsgericht und Staatsanwaltschaft sowie sonstiger sachkundiger Institutionen wie z. B. der Ärztekammer und der Kirchen. Auf diese Weise verteilt sich nicht nur die Last der Verantwortung, sondern es ist auch ein Höchstmaß an Objektivität, Rationalität und Sachverstand gewährleistet, wie es der Lösung dieser hochkomplexen Problematik angemessen ist und die Ermittlung der allgemeinen Wertvorstellungen erfordert, wenn der mutmaßliche Wille des Patienten unaufklärbar bleibt.

aus neurochirurgischer Sicht: Prof. Dr. K. Roosen, Würzburg

**„I have just allowed a patient to die. It was time.
He had been robbed of all human qualities.“**

Milton D. Heifetz, 1975

Dieses etwas überheblich und anmaßend klingende Zitat beleuchtet alle Probleme unserer Diskussion. Darf der Arzt dem Patienten erlauben zu sterben? Darf er es allein? Wer bestimmt, wann es Zeit ist? Wer gibt den Maßstab für Lebensqualität vor? Heifetz' Patient starb unmittelbar, nachdem die Behandlung abgebrochen war.

Zu den im Thema genannten Begriffen:

Behandlungspflicht

Herr Ulsenheimer hat es ausgeführt:

Eine Verpflichtung des Arztes zur Behandlung - ohne Einwilligung des Patienten oder seiner Vertreter - besteht „bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not“, d. h. es droht demjenigen Strafe, der keine Hilfe leistet. Der Arzt ist zu jeglicher therapeutischen Maßnahme verpflichtet, die mit einem vertretbaren Risiko zu einer (zumindest teilweisen) Wiederherstellung der Gesundheit oder Besserung der Lebensqualität führt. Die Entscheidung, die Behandlung eines kranken Menschen einzuleiten, darf sich nicht ausschließlich am medizinisch Machbaren orientieren. Sie sollte von objektiven, vernünftigen Kriterien getragen sein nach exakter Analyse des Falles, seiner individuellen anamnestischen Umstände und nach fundierter Einschätzung der Prognose.

Der Beginn der Behandlung setzt Konsens voraus; d. h. ein Patient im Vollbesitz seiner Urteilsfähigkeit hat das Recht, einer vorgeschlagenen Behandlung nicht zuzustimmen, sie abzulehnen, auch wenn sie aus ärztlicher Sicht sinnvoll und erfolgsversprechend erscheint.

Im Einzelfall ist die Entscheidung zur und zu welcher Therapie nur scheinbar immer klar und einfach. Mit immer besserer und rascherer notärztlicher Versorgung erreichen Patienten die Intensivstationen mit Erkrankungen und Verletzungen, an denen sie noch vor wenigen Jahren vor Eintreffen im Krankenhaus gestorben wären.

Ein typisches Beispiel aus dem neurochirurgischen Krankengut sind Verletzungen der oberen Wirbelsäule und des hohen Rückenmarks mit Querschnitt- und Atemlähmung; auf einen solchen Fall werde ich noch zu sprechen kommen.

Der zweite Begriff:

Behandlungseinschränkung

Sie bedeutet den Verzicht auf bestimmte Teile der Behandlung, d. h. mögliche Therapien werden nicht eingesetzt oder bereits laufende Maßnahmen werden aus dem Gesamt-Therapiekonzept herausgenommen. Die Gründe bei neurochirurgisch behandelbaren Erkrankungen sind vielfältig: das Risiko der Operation kann zu hoch sein oder: die Chance, den klinischen Zustand entscheidend zu verbessern ist zu gering, Aufwand und Invasivität der Maßnahme stehen in keinem vernünftigen Verhältnis zum erwarteten Effekt.

Schwierig wird es, wenn durch die Operation zwar das Leben zu erhalten ist, die zu erwartende Lebensqualität jedoch minimal sein wird, z. B. der Patient im apallischen Syndrom, der zu einem vegetativen Leben ohne Großhirn verurteilt ist. Schwierig ist es deshalb, weil ein derartiger Verlauf meist nicht mit Sicherheit vorhergesehen werden kann, auch wenn er für möglich gehalten wird.

In solchen Situationen kann der Neurochirurg den Verzicht auf die Operation erwägen. Die Behandlungseinschränkung auf eine symptomatische Therapie, z. B. mit Cortikoiden und Antibiotika, und die Beschränkung auf allgemeine Pflegemaßnahmen können eher angezeigt sein. Gebot muß sein, die Qualität der verbleibenden Lebensspanne durch die Therapie nicht weiter zu verringern.

Ein Fallbeispiel, um zu verdeutlichen, was ich meine:

Eine 52-jährige Frau entwickelt innerhalb weniger Wochen eine Wesensänderung und eine hochgradige Halbseitenlähmung. Das Computertomogramm zeigt einen ausgedehnten platzgreifenden Krankheitsprozeß in den zentralen Kerngebieten. Einweisung in die Neurochirurgie zur weiteren Diagnostik und Therapie.

Der Zustand der Patientin wird zunächst mit abschwellenden Maßnahmen stabilisiert, dann stereotaktisch eine Gewebeprobe entnommen. Histologische Diagnose: hochmaligner Tumor.

In langen Gesprächen mit der Patientin und den Angehörigen, die mit vielen optimistischen Erwartungen gekommen waren, konnte Konsens erzielt werden: Prinzipiell wären eine Operation und Reduktion der Tumormasse mit dem hohen Risiko einer klinischen Verschlechterung durch Halbseitenlähmung und Sprachstörung möglich gewesen. Im besten Fall wäre durch eine entlastende Operation eine geringfügige, in der Dauer nicht exakt abschätzbare Verlängerung der verbliebenen Lebenszeit zu erzielen gewesen. Der Krankenhausaufenthalt hätte sich verlängert mit allen belastenden Begleiterscheinungen; die infauste Prognose ändert sich nicht. Entscheidend war für uns, durch die Untersuchung der Gewebeprobe zu einer exakten Diagnose zu kommen. Daraufhin wurde die Behandlung beschränkt. Durch eine nachfolgende symptomatische medikamentöse Therapie war die Patientin beschwerdefrei, die Familie nahm sie mit nach Hause, wo sie die verbliebene Lebensphase bis zu ihrem Tode in vertrauter Umgebung ohne belastende medizinische Behandlung, aber mit guter Betreuung durch den Hausarzt verbracht hat.

Im Extremfall, d. h. im präfinalen Krankheitszustand wird auch keine der soeben genannten symptomatischen Therapiemaßnahmen ergriffen, man beschränkt sich auf die Linderung des subjektiven Leidens. Man kann sozusagen von einer abgestuften Behandlungseinschränkung sprechen; dies ist besonders wichtig, da zu aggressives neurochirurgisches Eingreifen in den natürlichen Krankheitsverlauf nur Leidens- und Sterbeverlängerung, aber nicht mehr Leidenslinderung bedeuten kann.

Der zweite Fall:

Ein bis zur Einlieferung nicht identifiziertes zweijähriges Kind ist nach einem Unfall bewußtlos. Es wird durch sachkundige Nothelfer bis zum Eintreffen des Notarztes beatmet und erreicht durch die hochqualifizierte notärztliche Erstversorgung die Kinder-Intensivstation. Am Unfallort war das Kind nie kontaktfähig, hatte keine selbstständigen Atembewegungen und keine Bewegungen der Arme und Beine gezeigt.

In der bildgebenden Diagnostik sieht man eine deutliche Verschiebung der Schädelbasis und des 1. Halswirbels über die tiefere Halswirbelsäule, sozusagen eine „innere Enthauptung“

Die Gefäßdarstellung läßt die Zerreißung der Gefäße an der Schädelbasis mit dem Kontrastmittelaustritt erkennen.

Die Atemlähmung und die hohe vollständige Querschnittlähmung waren somit erklärt. Mit dem auswärtigen Krankenhaus wurde die Indikation zu einer Operation diskutiert. Eine chirurgische Stabilisierung hätte weder an der Unfähigkeit zu Eigenatmung noch an der Querschnittlähmung etwas geändert. Sie wäre jedoch Grundvoraussetzung für eine weitere Operation gewesen: Zwerchfell-Schrittmacher, permanente maschinelle Beatmung über einen Luftröhrenschnitt etc., zwei der vielen Maßnahmen, die erforderlich gewesen wären, um das Kind vielleicht am Leben erhalten zu können.

Welche Lebensqualität zwingt man einem zweijährigen Kind auch bei erhaltener Hirnfunktion auf? Jeglicher chirurgischer Eingriff kann nur der Leidensstabilisierung dienen.

Wir lehnten die operative Versorgung ab. Dies war besonders schwierig, da die Eltern nicht auffindbar waren und die Entscheidung nicht besprochen werden konnte. Das Kind verstarb wenige Stunden nach dem Unfall.

Uns ist bewußt, daß es in solchen Situationen andere therapeutische Einstellungen gibt. Wären wir zur maximalen Behandlung verpflichtet gewesen? War die therapeutische Beschränkung gerechtfertigt? Gibt es in diesen Grenzsituationen eine Entscheidungsfreiheit des Arztes, bzw. des Behandlungsteams? Darf als Richtlinie gelten, was man für sich und seine Kinder wünscht? Ich meine: Ja.

Wenn immer möglich, muß es sich um eine konsensfähige Entscheidung handeln, die im Gespräch zwischen Patient, seinen Angehörigen, den Ärzten der beteiligten Fachrichtungen, und nicht zuletzt dem Pflegepersonal zustande kommt.

Nicht selten ist bei Patienten mit akuter schwerer Hirnverletzung die Entscheidungsphase zu kurz für lange Diskussionen; die klinische Situation zwingt zu raschem Handeln, die Prognose der Erkrankung ist oft nicht einzuschätzen.

Hierzu zwei beispielhafte Krankheitsverläufe:

Ein 48-jähriger Mann wird von einem Bus angefahren; er ist sofort bewußtlos, der Notarzt intubiert, sediert, beatmet und fährt in die zentrale Notaufnahme. Als Zeichen einer unfallbedingten lebensbedrohlichen Blutung in das Schädelinnere ist die rechte Pupille weit.

Das Computertomogramm bestätigt den Verdacht; eine ausgedehnte Blutung zwischen Schädeldach und Hirnoberhälfte unter die harte Hirnhaut. Noch während der Untersuchung wird auch die linke Pupille weit. Dies ist ein prognostisch besonders ungünstiges Zeichen. Wegen der Kürze der Symptomatik, des relativ jungen Alters und der großen Blutung ohne sonstige Zeichen der Hirnverletzung wird die Operation notfallmäßig durchgeführt; durch Ausräumung der Blutung wird das komprimierte Hirn entlastet.

Bereits intraoperativ kommt es zur ausgeprägten reaktiven Hirnschwellung, der Patient verstirbt 36 Stunden später, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben.

Die Pupillenstörung per se bedeutet statistisch, daß 80 % dieser Patienten versterben, die Prognose einer akuten Blutung ist meist schlecht, da von weiteren Funktionsschäden des Gehirns ausgegangen werden muß, auch wenn sie sich in der modernen Röntgendiagnostik nicht darstellen lassen.

Soll man diese Patienten also gar nicht mehr operieren? Einzelverläufe widerlegen zu häufig den therapeutischen Nihilismus, den solche Statistiken nahelegen:

Das zweite Beispiel:

Ein 25-jähriger Mann stürzt im intoxikierten Zustand bei bekanntem intravenösen Drogenmißbrauch eine Treppe herab; er zieht sich dabei eine schwere Schädel-Hirn-Verletzung mit mehreren Hirnquetschungsherden zu. Zur Überwachung des Gehirndrucks wird eine Meßsonde eingelegt. Zunächst stabilisiert sich der Zustand durch abschwellende Medikamente, wenige Tage nach dem Unfall nimmt das Hirnödem wieder bedrohlich zu. Häufig treten als Folge des pathologisch gesteigerten Schädelinnendrucks vorübergehende Pupillenerweiterungen auf, die immer länger anhalten und auch mit maximaler Therapie nicht mehr ausreichend beherrschbar sind.

Das Computertomogramm zeigt zunehmende Hirnquetschungsherde mit größeren Gewebsblutungen. Zu diesem Zeitpunkt mußte die Prognose als sehr ungünstig eingestuft werden, außerdem bestand der Verdacht auf eine Hepatitis sowie eine HIV-Infektion. Da der Verlauf nicht sicher abzuschätzen war, wurde nachts vom diensthabenden Oberarzt die Entscheidung zur operativen Ausräumung der größten Blutung sowie zur Entfernung eines Teils des Schädeldachs gestellt, um den Druck zu normalisieren.

Die Operationsindikation wurde am nächsten Morgen in unserer Klinikkonferenz intensiv diskutiert; es stellte sich heraus, daß bis auf den Operateur fast keiner die Entscheidung zur Operation getroffen hätte. Im weiteren Verlauf kam es zur Stabilisierung der Hirndruckwerte.

Auch eine schwere beidseitige Lungenentzündung, die Lebererkrankung sowie eine ausgeprägte Drogen-Entzugssymptomatik wurden überlebt. Der Patient war 3 Monate in unserer Klinik, das entfernte Schädeldach wurde wieder eingesetzt. Es schloß sich eine rehabilitative Maßnahme an. Heute ist der Patient gesund, er studiert und ist nicht mehr drogenabhängig.

Bei etwa vergleichbarer Ausgangssituation haben wir im ersten Fall durch die Therapie das Sterben verlängert, im zweiten Fall das Leben gerettet. Für solche Situationen gibt es heute noch keine klaren zuverlässigen Prognosekriterien, die eine sachliche, für jeden Patienten verbindliche Grundsatzentscheidung ermöglichen könnten.

Der dritte Begriff:

Behandlungsverzicht

Selbst wenn der behandelnde Arzt von fachspezifischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen Abstand nimmt, so ist dies nie gleichbedeutend mit einem globalen „Therapieverzicht“. Irrführend sind in diesem Zusammenhang leider häufig verwendete Äußerungen wie: „da tun wir nichts“, „da ist nichts mehr zu machen“.

Gleiches gilt für den Behandlungsabbruch. Abgebrochen oder besser beendet werden fachspezifische Therapiemaßnahmen. Selbstverständlich werden bis zum Tode alle unterstützenden, pflegerischen Zuwendungen weitergeführt. Im englischen Sprachraum werden sie auch als „comfort measures“ bezeichnet.

Es handelt sich um:

1. Lagerung, Hautpflege, Hygiene, Wundpflege, Katheterpflege etc.
2. schmerzlindernde Maßnahmen
3. Zuwendung, Ansprache
4. Aufrechterhaltung der Sauerstoffversorgung (kein „Ersticken“!!!) ggf. auch über eine künstliche Beatmung, falls notwendig, Pflege der Atemwege
5. ausreichende Flüssigkeitszufuhr
6. Kalorienzufuhr

Ist bei einem komatösen Patienten die Prognose infaust, kann auf eine Kreislaufstabilisierung, eine Entzündungsbehandlung und Aufrechterhaltung einer normalen Körpertemperatur gegebenenfalls verzichtet werden, im wachen Zustand richten sich jegliche Maßnahmen am Leidensdruck und Wunsch des Patienten aus.

Smedira et al. aus den USA untersuchten 1990 in einer prospektiven Studie 1.719 Patienten. Es zeigte sich daß bei 57 % der Patienten, die auf Intensivstationen verstarben, Maßnahmen wie künstliche Beatmung und kreislaufstabilisierende Medikamente entzogen, die Pflege aber fortgesetzt wurde. Gründe des behandelnden Teams für diese Entscheidung waren eine infauste Prognose oder das Eintreten des Hirntodes.

Auch hierzu ein Beispiel aus unserem klinischen Alltag:

Eine 40-jährige, bis dahin kerngesunde Patientin, schreit plötzlich wegen eines messerstichartigen, vernichtenden Kopfschmerzes auf und bricht wenige Sekunden später bewußtlos zusammen; der Untersuchungsbefund in der Klinik weist auf eine schwerste Beeinträchtigung der Gehirnfunktion hin.

Das Computertomogramm bestätigt den Verdacht auf eine Hirnblutung, d. h. auf eine lebensbedrohliche Blutung aus einer angeborenen säckchenförmigen, plötzlich geplatzten Gefäßfehlbildung, einem Aneurysma, bei der sich Blut um das Hirn herum in die hirnwasserführenden Räume ergießt.

Dieselbe Blutung bei einem wachen oder bewußtseinsgetrübten Patienten würde sofort auf ihren Ursprung hin weiter untersucht und die Ursache ggf. noch am selben Tage operiert, um einer noch gefährlicheren Zweitblutung und anderen Komplikationen vorzubeugen. Die Erfahrung zeigt, daß Patienten in tiefster Bewußtlosigkeit mit schwersten Hirnfunktionsstörungen weder vom diagnostischen noch von operativen Akutmaßnahmen profitieren; sie sind nicht zu retten. Folgerichtig wurde bei der jungen Frau von vorne herein auf jegliche spezifische Therapie verzichtet.

Die allgemeine Behandlung, d. h. die Überwachung und die Pflege wurden selbstverständlich weitergeführt, wie Sie es dem Kurvenprotokoll und der Pflegedokumentation entnehmen können. Die Patientin verstarb am folgenden Tag an zentralen Kreislaufregulationsversagen. Solche Therapieentscheidungen für Patienten in der Situation zwischen Leben und Tod sind im neurochirurgischen Fachgebiet häufig. Schwere Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen, seien sie tumoröser, entzündlicher oder traumatischer Art, können eine gravierende Einschränkung oder sogar den Verlust wesentlicher Eigenschaften des „Menschseins“ bedeuten, z. B. des Bewußtseins, der Sprache, der Fähigkeit, Verständnis und Wissen zu erwerben, des Kontakt- und Kritikvermögens. Sie können den Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper durch Lähmungen, Krampfanfälle oder Bewegungsunfähigkeit mit sich bringen.

Darüber hinaus handelt es sich oft um junge Menschen, die aus voller Gesundheit heraus plötzlich schwerst erkranken, d. h. es gibt keine „Vorbereitungsphase“ für den Patienten und seine Angehörigen auf das bevorstehende Ende, wie z. B. bei chronischen Erkrankungen. Es gibt keine Möglichkeit der gedanklichen Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod.

Bei unabwendbarem, unmittelbar bevorstehendem Tod ist kein Platz für operative Maßnahmen. Der Verzicht auf einen chirurgischen Eingriff kann bei den Angehörigen den Anschein erwecken, man habe nicht alles versucht. Der medizinische Fortschritt suggeriert Omnipotenz; die Erwartungshaltung der Öffentlichkeit und auch mancher Mediziner an ihre Kunst stieg und steigt. Die Medizin soll Krankheit reparieren und Gesundheit garantieren; gleichzeitig werden Sterben, Tod, Dauerkrankheit und Behinderungen tabuisiert. Dieses weit verbreitete Phänomen erschwert das Verständnis für eine akut zum Tode führende Erkrankung und für den Verzicht auf Therapie.

Das Koma als äußerlich dem Schlaf ähnlicher Zustand ist für Angehörige schwer zu verstehen, ebenso die zugrundeliegende isolierte Hirnschädigung.

Der bewußtlose Patient stellt den über seine Behandlung entscheidenden Arzt vor besondere Probleme. Man muß Entscheidungen ohne Zustimmung des Betroffenen, teilweise mit richterlicher Einwilligung treffen, in Notfallsituationen häufig ohne mit Verwandten oder Freunden sprechen zu können.

Auf neurochirurgischen Intensivstationen ist der Hirntod als Zeichen des menschlichen Todes vergleichsweise häufiger als in anderen Disziplinen; die Betreuung dieser Patienten wird noch erschwert angesichts der in der Öffentlichkeit oft unsachlich geführten Diskussion über das Hirntodsyndrom. Wichtig auch hier die störungsfreie, offene und ehrliche Kommunikation zwischen betreuenden Ärzten, dem Pflegepersonal und den Angehörigen. Diesen muß vermittelt werden, daß sich ein Hirntodsyndrom nur nach bestmöglicher maximaler Therapie entwickeln konnte. Ist eine Organspende geplant, muß die Behandlung fortgesetzt werden, obwohl der Patient tot ist. Medizintechnologische Fortschritte ermöglichen es, den Todeszeitpunkt hinauszuzögern. Leben mit maximalem Einsatz zu verlängern, auch bei infauster Prognose, beruhigt manchen Neurochirurgen; er hat etwas getan. Er hat's versucht! Diese Einstellung wird in der Öffentlichkeit, insbesondere bei Akuterkrankungen, selten kritisiert, auch wenn es sich um eine Verlängerung eines vorgezeichneten unausweislichen Sterbeprozesses handelt.

Es sollte zu denken geben, daß gerade diejenigen, die mit dem schwerstkranken Patienten die meiste Arbeit haben und ihm am nächsten sind, z. B. das Personal unserer Intensivstationen aggressives therapeutisches Vorgehen häufig am kritischsten hinterfragt. Glücklicherweise werden zumindest in unserer Klinik z. Zt. noch keine Diskussionen um Entscheidungen für oder gegen eine Therapie geführt, bei denen finanzielle gesundheitsökonomische Argumente im Vordergrund stehen. Solche Überlegungen liegen manchen Therapie-Empfehlungen zugrunde, in denen es heißt, daß im hohen Alter oder bei bekannten Zweiterkrankungen Behandlungsmaßnahmen nicht mehr indiziert werden dürfen, auch wenn der einzelne Patient noch davon profitieren kann.

Zusammenfassend muß jede Entscheidung abhängig von der erreichbaren oder erhaltbaren Lebensqualität des Betroffenen gemacht werden. Hier ist es von entscheidender Bedeutung, nicht das eigene Konzept von Lebensqualität auf den Patienten zu übertragen. So kann für einen Geisteswissenschaftler, einen Kunst- oder Musikliebhaber auch ein Leben mit einer hohen Querschnittlähmung erträglich sein. Dementgegen kann ein junger Sportler eine teilweise Halbseitenlähmung nach einer aneurymatischen Blutung, die er nach ärztlichem Ermessen sogar gut überstanden hat, als Suizidgrund nennen.

Bei der Behandlung Todkranker stehen Lebenserhaltung und Leidensminderung häufig einander gegenüber. Sind die von Heifetz genannten „humanen Qualitäten“ unwiederbringlich verloren, bedeuten operative und intensivmedizinische Maßnahmen möglicherweise nur die Verlängerung von Leiden und Sterben und sind somit in unseren Augen unverantwortbar.

Einen echten vollständigen Behandlungsabbruch gibt es nicht und darf es nicht geben. Man muß zwischen der selbstverständlichen Pflege der Patienten, die nie aufhören darf, und der fachspezifischen, evtl. operativen Therapie unterscheiden. Sofern der Patient sie nicht selbst ablehnt, sind wir zur Pflege verpflichtet. Der Patient wird bis zu seinem Tode als Mensch geachtet, so behandelt und in menschenwürdigem Zustand gepflegt, ohne daß ihm dadurch die Chance auf seinen natürlichen zeitgerechten Tod genommen wird. Nicht die Pflege, nicht die medikamentöse Linderung von subjektiven Beschwerden, nur die fachspezifische Therapie kann unsinnige Leidens- und Sterbeverlängerung bedeuten. Nur sie darf und muß im richtigen Zeitpunkt abgebrochen werden. Es wäre also nur sinnvoll, nur noch von Behandlungseinschränkung zu sprechen, und die Worte „Therapieverzicht“, „Behandlungsabbruch“ aus unserem Sprachschatz zu eliminieren.

aus chirurgischer Sicht: Prof. Dr. T. Junginger, Mainz

Die Fortschritte der Medizin führen auch im Bereich der Chirurgie zu einer permanenten Erweiterung der Grenzen des Möglichen, aber auch zu Fragen nach einer sinnvollen Begrenzung. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Noch 1980 wurde das Zusammentreffen von Nierenversagen, Ateminsuffizienz und schwere Pankreatitis als maligne Trias bezeichnet. Alle Patienten mit dieser Konstellation verstarben. Durch Verbesserung der intensivmedizinischen Therapie konnte die Letalität auf 50 bis 70 % gesenkt werden. Der Preis hierfür ist hoch. Wir haben erst kürzlich einen Patienten mit dieser sogenannten malignen Trias beobachtet. Er wurde aufgrund einer nekrotisierenden Pankreatitis mit beatmungspflichtiger respiratorischer Insuffizienz und dialysepflichtigem Nierenversagen nach drei vorausgegangenen Operationen von einem auswärtigen Krankenhaus übernommen. Nach 106 Tagen stationärer Behandlung, davon 64 Tage auf der Intensivstation, Langzeit-Hämofiltration und Langzeit-Beatmung, neun erforderlichen Re-Operationen und der Gabe von 66 Blutkonserven und der Gabe von 66 Blutkonserven konnte der Patient aus der stationären Behandlung ohne bleibende Organschäden nach Hause entlassen werden.

Diese Fortschritte sind in erster Linie einer verbesserten Intensivtherapie zu danken, deren Bedeutung sich nicht nur im Einzelfall, sondern am Gesamtkollektiv veranschaulichen läßt. Im Rahmen einer prospektiven Erfassung des eigenen chirurgischen Krankenguts zeigt sich eine zunehmende Häufung älterer Patienten. 1995 waren schon 50 % unserer operierten Patienten älter als 60 Jahre. Parallel dazu nimmt der Anteil der Patienten mit Begleiterkrankungen zu. Trotz dieser Zunahme blieben im eigenen Krankengut Morbidität und Mortalität nahezu konstant, was durch die verbesserten intensivmedizinischen Möglichkeiten bedingt ist.

Insgesamt sind etwa 15 % der chirurgischen Patienten intensivtherapiepflichtig. 20 % von ihnen versterben. Bei diesen stellt sich die Frage, ob die Einleitung und Durchführung einer Intensivtherapie in jedem Fall indiziert war oder ob nicht eine Begrenzung die adäquatere Entscheidung gewesen wäre.

1. Gibt es Grenzen der Behandlungspflicht?

Diese Frage muß vor dem Hintergrund unseres Behandlungsauftrags gesehen werden. Unser primärer Behandlungsauftrag ist die Heilung des Patienten von seinen Leiden. Dieser Auftrag ist obligat und findet seine Grenzen in den Behandlungsmöglichkeiten und dem Risiko der Behandlung. Unstrittig und uneingeschränkt gilt das Gebot der Linderung der Symptome der Erkrankung. Hier gibt es keine Behandlungseinschränkung.

Problematisch ist die Situation, wenn therapeutisch nur eine Lebensverlängerung erreichbar ist, wobei in diesem Zusammenhang nicht über die durch Tumoroperationen erzielbare Lebensverlängerung, sondern die unter intensivmedizinischer Therapie erreichbare Beeinflussung des Überlebens gesprochen werden soll.

Lebensverlängerung um jeden Preis - Christoph Wilhelm Hufeland hat dazu im 19. Jahrhundert Stellung genommen. „Wenn ein Kranker von unheilbaren Übeln gepeinigt wird, wenn er sich selbst tot wünscht, wenn Schwangerschaft Krankheit und Lebensgefahr erzeugt, wie

leicht kann da, selbst in der Seele des Besseren, der Gedanke aufsteigen, sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sein, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien oder das Leben der Frucht dem Wohle der Mutter aufzuopfern? Soviel Scheinbares ein solches Resonnement für sich hat, so sehr es selbst durch die Stimme des Herzens unterstützt werden kann, so ist es doch falsch, und eine darauf gegründete Handlungsweise würde im höchsten Grade unrecht und strafbar sein. Sie hebt geradezu das Wesen des Arztes auf. Er soll und darf nichts anderes tun als Leben zu erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate. Denn ist einmal diese Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise, um den Unwert und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“

Die Möglichkeiten der Intensivtherapie haben bewußt werden lassen, daß der Erhalt des Lebens um jeden Preis unärztlich und unmenschlich sein kann, da die Würde des Menschen mißachtet wird. Dabei entsteht Konsens, daß die aus dem Grundgesetz ableitbare Verpflichtung zur Erhaltung des Lebens als dem höchsten Rechtsgut in der Preis relativiert werden muß.

2. Wo Sind die Grenzen des Behandlungsauftrags?

Grenzen des Behandlungsauftrages ergeben sich unter medizinischen Aspekten und werden nach den Kriterien Risiko und Prognose definiert. Daneben bestimmt zumindest der bewußtseinsklare Patient selbst das Ausmaß der Therapie. Eine Behandlung gegen den Willen des Patienten kann es nicht geben.

Bezüglich der vorhandenen Ressourcen wird nicht öffentlich diskutiert. Täglich wird jedoch in Anbetracht der knappen intensivmedizinischen Möglichkeiten entschieden, welchen Patienten eine berechtigte Chance nicht vorenthalten werden darf und wo die Grenzen des Sinnvollen liegen. Letztlich geht es darum, mit den vorhandenen Mitteln den größten Nutzen zu erzielen.

3. Welche Möglichkeiten der Therapieeinschränkung bestehen?

Vorausgeschickt werden soll als Grundlage die Aufgabe der Intensivtherapie. Ihre Aufgabe ist es, Funktionsausfälle von Organen so lange zu kompensieren, bis die Erkrankung bzw. die Folgen der Erkrankung überwunden sind. Die Abschätzung der Prognose wird daher eine wichtige Grundlage für Therapieentscheidungen.

Von Schuster werden drei Möglichkeiten auf eine Begrenzung der medizinischen Therapie unterschieden:

1. der primäre Verzicht auf eine Maximalbehandlung
2. der Abbruch einer Maximalbehandlung und
3. die Reduktion einer zunächst begonnenen Intensivbehandlung auf eine Normalbehandlung und eine Basisversorgung.

Der primäre Verzicht auf eine Intensivtherapie liegt bei einer prognostisch aussichtslosen Krankheitssituation nahe, bei der durch einen solchen Einsatz keine, oder lediglich eine kurzfristige Verlängerung des Lebens erwartet werden kann. Intensivtherapeutische Maßnahmen sind in dieser Situation sinnlos.

Zu dieser Gruppe gehören Terminalphasen bei irreversibler Insuffizienz lebenswichtiger Organe, die weder durch medikamentöse noch durch operative und andere technische Verfahren ersetzt werden können. Beispiele hierfür sind die ausgeprägte Darmgangrän bei Mesenterialgefäßverschuß, präfinale Tumorleiden, schwere irreversible verbrale Ausfallserscheinungen oder ein irreversibles Leberkoma, bei dem aufgrund des hohen Lebensalters eine Transplantation nicht mehr möglich ist.

Man wird einen solchen Verzicht eng begrenzen müssen und ihn allein unter dem Gesichtspunkt der Sondersituation des Patienten und hier unter ausdrücklicher Beachtung seiner Selbsteinschätzung, soweit sie erfahrbar ist, nicht aber im Hinblick auf das Mitleid und Belastung betroffener Angehöriger, festlegen. Die Therapie beschränkt sich in dieser Situation auf die Basisversorgung des Patienten, der in dieser Situation eine ganz besondere Bedeutung zukommt und Ausdruck der fortbestehenden Zuwendung zum Kranken ist.

Die Berechtigung zum Abbruch jeder Therapie ist unstrittig bei eindeutigem Hirntod, der Hirnrinde und Stammhirn umfaßt, und juristisch mit dem personalen Tod gleichgesetzt wird, wenngleich der organbezogene Sterbeprozess ein differenziertes Bild bietet.

Am schwierigsten ist die Frage nach der Vertretbarkeit der Reduktion einer einmal begonnenen Intensivtherapie auf eine Normalbehandlung oder eine Basistherapie zu beantworten. Häufig muß eine Intensivtherapie erst begonnen werden, um zu erkennen, ob sie erfolgreich und damit indiziert war oder nicht. Der Arzt wird dementsprechend aufgrund seiner Unsicherheit zunächst häufig die Indikation zu einer Maximaltherapie stellen und bei ungünstigem Verlauf der Erkrankung zwangsläufig die Frage zu diskutieren haben, wie lange die Maximaltherapie weitergeführt werden muß oder auf eine Basisversorgung reduziert werden darf.

Entscheidend für eine Therapiebegrenzung ist die Abschätzung des Erfolgs, d. h. der Prognose, wobei diese nicht nur die Frage nach dem Überleben und dem Tod beinhaltet, sondern in zunehmendem Maße auch die Lebensqualität des späteren Lebens berücksichtigt. Dies ist nicht unproblematisch, da es keine allgemein akzeptierte Definition der Lebensqualität gibt und vermutlich auch nicht geben kann, da das Verständnis von Lebensqualität nicht nur von Patient zu Patient, sondern auch von Arzt zu Arzt unterschiedlich ist. Dies bedeutet, daß es im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nur bedingt vertretbar ist, wenn die Vorstellung der behandelnden Personen zur Lebensqualität, einer Therapieentscheidung zugrunde gelegt wird.

4. Welche Faktoren sind bedeutsam für die Beurteilung der Prognose?

Denkbar sind allgemeine Faktoren wie Lebensalter, die zugrunde liegenden Begleiterkrankungen sowie die vorliegenden Organfunktionsstörungen.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß das Alter sowie die vorliegenden Grund- und Begleiterkrankungen wenig Einfluß auf die Letalität von Intensivpatienten haben. Die Klinikletalität steigt mit zunehmendem Patientenalter an, jedoch ist der Anstieg nicht so hoch, um allein daraus eine Therapieentscheidung ableiten zu können. Keinen Einfluß auf die Letalität hatte im eigenen Krankengut das Vorliegen einer malignen Grunderkrankung. Die Letalität unterschied sich zwischen Patienten mit bösartigen und gutartigen Erkrankungen nicht, die perioperative Sterblichkeit bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorleiden war sogar geringer als Ausdruck einer vorgenommenen Selektion.

Auch die Beobachtung des Erkrankungsverlaufs nach stationärer Entlassung hilft nur wenig. Die Langzeitprognose der Patienten mit einem Lebensalter von über 70 Jahren unterschied sich statistisch nicht wesentlich von gleichaltrigen Personen der Normalbevölkerung.

Erwartungsgemäß ist die Langzeitprognose bei bösartiger Erkrankung geringer. Drei Jahre nach Entlassung von der Intensivstation lebten noch 70 % der Patienten ohne bösartige Erkrankung gegenüber immerhin noch 37,4 % der Patienten mit maligner Erkrankung. Da nicht beurteilt werden kann, welche Bedeutung auch eine nur kurze Überlebenszeit nach den Intensivtherapie für den jeweiligen Kranken hat, kann somit dem Lebensalter und den Grund- und Begleiterkrankungen bei der Frage der Therapieentscheidung nur wenig Gewicht eingeräumt werden.

Entscheidende Parameter zur Beurteilung der Letalität sind die vorliegenden Organfunktionsstörungen oder Organversagen. Diese wurden 1985 von Knaus definiert, wobei ein Kreislauf-, Lungen-, Nieren-, Leberversagen, Versagen des Zentralnervensystems sowie eine Gerinnungsstörung unterschieden werden. Die Anzahl der ausgefallenen Organsysteme zum Zeitpunkt der Aufnahme auf der Intensivstation korreliert mit der Prognose. So steigt die Letalität von 30 %, wenn 2 Organe betroffen sind, auf 90 %, wenn 4 Organe betroffen sind. Unterschiedliche Kombinationen haben unterschiedliche prognostische Bedeutung, wobei die höchste Gefährdung bei Patienten mit gleichzeitig bestehenden cerebralen Funktionsstörungen besteht.

Ein weiteres Hilfsmittel zur Beurteilung der Prognose, d. h. der Letalität ist der Einsatz von sogenannten Scores. Hier werden für laborchemische, physikalische und klinische Daten Punkte vergeben. Die Addition ergibt dann einen Zahlenwert, eben einen Score, der mit der Prognose korreliert. Am häufigsten bei Intensivpatienten wird der Apache II-Score verwendet, bei dem 12 physikalische und biochemische Parameter, zusätzlich das Lebensalter und das Vorliegen einer chronischen Erkrankung, bewertet werden. Bei allen Scores steigt die Letalität mit zunehmender Punktzahl, allerdings besteht keine scharfe Trennung bei einem bestimmten Zahlenwert und auch bei hohen Score-Werten beträgt die Letalität nicht 100 %. Dies bedeutet, daß Scores zur Charakterisierung des Patientengutes geeignet sind und insofern wissenschaftliche Bedeutung haben, nicht jedoch Therapieentscheidungen im Einzelfall zugrunde gelegt werden können.

Von Schuster und Mitarbeitern wurde die Voraussage der Prognose des Apache II-Score mit der Voraussage der auf der Intensivstation tätigen Ärzte verglichen und die richtige Vorhersage eines letalen Verlaufs zu einer falschen Beurteilung in Bezug gesetzt. Ideal wäre eine Kurve, die steil nach oben ginge. Damit wäre die Sensitivität groß, d. h. alle versterbenden Patienten würden erkannt bei gleichzeitig geringer falscher Einschätzung. Vergleicht man nun den erwähnten Score mit der Aussage der intensivmedizinischen Ärzte, so sehen Sie, daß der Arzt in seiner Beurteilung präziser als der Score ist. Die ärztliche Entscheidung kann und darf nicht durch laborchemische, physikalische und klinische Daten ersetzt werden.

Auch unter Zuhilfenahme aller Daten ist eine exakte Aussage über die Prognose nicht mit letzter Sicherheit möglich. Bestehen Zweifel am letalen Ausgang, hat immer die Lebensverlängerung Vorrang, auch unter Inkaufnahme einer Verlängerung des Sterbevorgangs. Dieser geht jedoch in der Regel ohne Qual und ohne Schmerzen für den Patienten vonstatten.

5. Wann wird die Entscheidung zur Therapiereduktion gestellt?

Die Entscheidung zur Therapieeinschränkung wird erst dann gefällt, wenn unter Berücksichtigung des Versagens von Organen, von Grund- und Begleiterkrankungen und des Lebensalters die Gesamtprognose als infaust anzusehen ist.

In der Beurteilung der Organfunktionen ist der Intensivmediziner auf Spezialisten angewiesen. Letztlich wird die Entscheidung zur Fortführung der Einschränkung der Therapie im Konsens aller Beteiligten zu treffen sein, d. h. des ärztlichen und pflegerischen Personals. Nach meiner Erfahrung neigt das Pflegepersonal dazu, zu einem früheren Zeitpunkt die Therapie einzustellen, während von ärztlicher Seite eher die Tendenz besteht, erst nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten die Entscheidung über eine Therapiebegrenzung zu treffen. Die Angehörigen sind ein schlechter Ratgeber in dieser Situation, da sie unter anderen, als unter rein medizinischen Gesichtspunkten entscheiden werden. Uns selbst sind die Angehörigen wichtig, um den vermeintlichen Willen des Patienten zu erfahren, die Entscheidung zur Therapieeinschränkung werden wir ihnen in der Regel nicht aufbürden.

6. Welche Möglichkeit der Therapiereduktion sind denkbar?

Zur Reduktion einer Intensivtherapie stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, wobei wesentlich der Verzicht auf eine Steigerung der therapeutischen Maßnahmen bei Hinzukommen weiterer Komplikationen ist. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen.

Relative Übereinstimmung herrscht bei Situationen vor, bei denen ein Verzicht auf eine kardiopulmonale Reanimation vertretbar ist. Drei Situationen sind hierbei skizziert worden:

1. Eine Wiederbelebung kann unterlassen werden, wenn eine solche Maßnahme von vornherein aussichtslos erscheint, z. B. bei irreversibler kardialer Insuffizienz und nicht durchführbarer Organtransplantation.
2. Als zweite Sondersituation wird ein Zustandbild charakterisiert, bei dem die nach einer Wiederbelebung zu erwartenden Lebensqualität so stark reduziert erscheint, daß sie mit einem akzeptablen menschlichen Dasein nicht vereinbar ist. Dies gilt z. B. für eine zunehmende hypoxisch bedingte cerebrale Schädigung.
3. Eine dritte Konstellation bezieht sich darauf, daß die Lebensqualität vor einer möglichen Wiederbelebung schon so eingeschränkt war, daß mit einem erträglichen Zustand nach erfolgreicher Belegung nicht gerechnet werden kann, beispielsweise bei nicht mehr behandelbaren Terminalstadien etwa in der Onkologie.

Ähnlich dem Verzicht auf eine kardiopulmonale Reanimation kann und muß in gegebenem Fall über andere Maßnahmen diskutiert werden, auf deren Anwendung dann verzichtet werden kann, wenn durch ihren Einsatz die Gesamtprognose der Erkrankung nicht verbessert werden kann. Reduktion der Maximaltherapie heißt nicht Verzicht auf jede Therapie. Die sogenannte Basisversorgung gewinnt in diesem Zusammenhang besondere Bedeutung.

7. Wie oft erfolgt eine Therapieeinschränkung?

Zur Klärung der Frage, in welchem Ausmaß und wie häufig die Entscheidung zur Therapieeinschränkung erfolgt, haben wir eine Untersuchung im Krankengut der eigenen Intensivstation durchgeführt. Analysiert wurden dabei die Therapieentscheidungen bei 126 konsekutiv verstorbenen Patienten. Dabei zeigte sich, daß bei 22 % der verstorbenen Patienten eine Maximaltherapie einschließlich einer kardiopulmonalen Reanimation, d. h. alle verfügbaren Maßnahmen zur Lebenserhaltung durchgeführt wurden. Bei 57 % der Patienten wurde bei maximaler Intensivtherapie auf eine kardiopulmonale Reanimation im Falle des Herzstillstandes und bei 12 % auf eine Erweiterung apparativer Maßnahmen verzichtet. Dies bedeutete in der Regel, daß beim Auftreten einer respiratorischen Insuffizienz keine maschinelle Beatmung vorgenommen wurde. Die weitgehendste Entscheidung war der Therapieabbruch, bei dem alle intensivmedizinischen Maßnahmen eingestellt wurden. Die Entscheidung zu den verschiedenen Formen der Therapieeinschränkung mußte bei einem der 126 Patienten revidiert werden, da sich der Allgemeinzustand wider Erwarten besserte. Der Patient verstarb jedoch 6 Wochen später noch wäh-

rend der stationären Behandlung an den Folgen der Tumorprogression. Die übrigen Kranken sind im Durchschnitt 2,2 Tage nach der Entscheidung zur Therapiereduktion verstorben.

Die Diskussion um Begrenzung der Behandlungspflicht darf nicht außer Acht lassen, daß diese oft nicht vorgegeben, gewissermaßen schicksalhaft ist, sondern auch in der ärztlichen Entscheidung zur Primärtherapie liegt.

Bei einem 80-jährigen Patienten mit Rektumkarzinom führten wir 1994 eine tiefere anteriore Resektion durch. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Sieben Monate später tragen zwei Lungenmetastasen auf, die durch periphere Resektion entfernt wurden, wiederum ohne Komplikationen. Im Rahmen der Nachsorge wurden nach neun Monaten erneut 2 Metastasen bei dem nun beschwerdefreien 81-jährigen Patienten festgestellt. Er wußte um den Befund und drängte auf nochmalige Operation. Nach einer dreimonatigen Überlegungsphase haben wir den Patienten operiert. Der postoperative Verlauf war komplikationslos, dann kam es zu einer Lungenentzündung. Der Patient wurde auf die Intensivstation verlegt, langzeitbeatmet, tracheotomiert und künstlich ernährt. Nach einer viermonatigen Entwöhnungsphase auf der Intensivstation konnte die Verlegung auf die Normalstation erfolgen. Es kam jedoch erneut zu einer Ateminsuffizienz, an deren Folgen der Patient verstarb.

Dieser Fall wirft viele Fragen auf: War die Behandlung ein Erfolg oder Mißerfolg? Vordergründig war es zunächst ein Erfolg, daß der Patient in seinem Alter auch die dritte Operation überstanden hat, daß er vom Respirator wieder entwöhnt werden konnte und daß er sich wieder selbst ernähren konnte. Aufgrund des Verlaufs hat die Behandlung jedoch zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität geführt. Er konnte während der letzten Monate nicht mehr das Krankenhaus verlassen, mußte zahlreiche Behandlungen über sich ergehen lassen und hat zeitweise auch den Bezug zu den Angehörigen verloren.

Dieser Fall soll nur darauf hinweisen, wie entscheidend die Indikationsstellung zur Operation ist, die auch unter Aspekten einer möglichen Intensivtherapie gestellt werden muß.

Unstrittig gibt es Grenzen in der Medizin. Diese Grenzen der Behandlungspflicht können nur individuell gezogen werden. Voraussetzung ist ein umfangreiches Wissen zur Abschätzung der Prognose. Unabhängig davon sind der Arzt mit seiner Erfahrung und seinem Verantwortungsgefühl und die Würde des ihm anvertrauten Patienten die entscheidenden Faktoren in der Situation der Unsicherheit.

aus internistisch-onkologischer Sicht: Frau Prof. Dr. H. Rückle-Lanz, Würzburg

Zytostatika (Chemotherapeutika)

- Hemmen durch unterschiedliche Wirkprinzipien die Zellteilung oder / und leiten den programmierten Zelltod (Apoptose) ein.
- Unterscheiden sich von den übrigen Pharmakotherapien durch lineare Dosis-Wirkungsbeziehungen und eine sehr geringe therapeutische Breite.
- Keine selektive Wirkung auf Tumorzellen.

Therapieablehnung oder Therapieabbruch

- durch den **Patienten**:
 - ⇒ Resignation, Mutlosigkeit, Depression
 - ⇒ Lebensbilanz
 - ⇒ belastende Therapieverfahren
 - ⇒ Bevorzugung unkonventioneller (nicht-schulmedizinischer) Mittel und Methoden

Therapieablehnung oder Therapieabbruch

- durch den **Arzt**:
 - ⇒ Onkologisches Fachwissen
 - ⇒ Versorgungsstruktur (Blutbank, Nofallabor, Zytostatikazubereitung, Diagnostik)
 - ⇒ Allgemein internistische Kontraindikationen (Komorbiditäten, Schwangerschaft)
 - ⇒ Spezifisch onkologische Kontraindikationen (Tumorausdehnung, Lebenserwartung)

Problembereiche

- Entscheidung gegen Behandlung oder zum Behandlungsabbruch nur zusammen mit dem informierten und aufgeklärten Patienten möglich.
 - ⇒ Nutzen der Behandlung vs. Toxizität
 - ⇒ Spätnebenwirkungen der Behandlung
 - ⇒ Lebensqualität
 - ⇒ Ethik

Nutzen der Behandlung vs. Toxizität

- Kuratives Konzept durch Chemotherapie bei rund 10 % der fortgeschrittenen Tumorerkrankungen möglich.
- Akuttoxizitäten der Chemotherapie müssen bei Heilungschancen akzeptiert werden (akute lymphatische Leukämie ca. 50 %, Morbus Hodgkin ca. 50 %, akute myeloische Leukämie ca. 20 - 30 %, Hodenkarzinom ca. 80 %).
- Palliatives Konzept durch Chemotherapie (Tumorreduktion und eventuell Lebensverlängerung) bei rund 90 % der fortgeschrittenen Tumorerkrankungen.

- Passagere Ansprechraten durch Chemotherapie ca. 20 - 70 % (Mammakarzinom ca. 60 %, Bronchialkarzinom ca. 40 %, kolorektale Karzinome ca. 40 %, Pankreaskarzinom ca. 10 %).
- Voraussage der Chemotherapieeffektivität im Einzelfall nicht möglich. Auch bei geringer Heilungschance ist eine Therapie indiziert. Bei ausschließlich palliativem Einsatz individuelle Entscheidung zur Therapie. Erwartete Symptomlinderung größer als Beeinträchtigung durch Chemotherapie. Keine „Behandlung um jeden Preis“. Ständige Bereitschaft zum Therapieabbruch.

Spätnebenwirkungen der zytostatischen Therapie

- Interfertilität
- Zweitmalignom (18 x höheres Risiko)
- ⇒ Akute Leukämien
- ⇒ Solide Tumoren (Mammakarzinom 35 % mit 40 Jahren)

Lebensqualität

- Physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden.
- Subjektive Erfahrung, abhängig von Wertungen des Betroffenen, seiner Lebenseinstellung und äußerer Hilfe.
- Prinzip „Hoffnung“ (auch ohne Erfüllung).
- Gefahr der falschen Beurteilung durch den Arzt. Lebensqualität läßt sich nicht messen, sondern nur ermesen.

Ethische Fragen

- Autonomie, Integrität als Person, Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung.
- Menschenbild, Normen des Handelns bei Tumorpatienten oft erheblich gestört.
- Respekt für den Betroffenen - Basis der ärztlichen Therapieentscheidung.
- Phase-I-Studien („Menschliche Toxikologie-Studien“). „Sorge für die Interessen des Einzelnen muß immer vor den Interessen von Wissenschaft und Gesellschaft Vorrang haben.“ (Deklaration von Helsinki)

Ökonomische Aspekte

- Ca. 350.000 neue Krebserkrankungen jährlich
- 1955 - 1988 ca. Verdoppelung der Krebstodesfälle
- Zytostatikakosten ca. 550 Millionen DM
- 1992 ein Arzt auf 321 Einwohner

⇒ **Helfen mit beschränkten Ressourcen?**

⇒ **Rationierung?**

(97. Deutscher Ärztetag: Ärztliche Entscheidung zwischen medizinisch Sinnvollem, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem. Politisch festgelegte Rationierung nicht akzeptabel.)

⇒ **Rationalisierung?**

(Zentralisierung, Standardisierung, Verzahnung ambulant / stationär, Optimierung von Aus- und Weiterbildung)

Die onkologische Therapie ist keinesfalls die Kunst, in allen Fällen zu heilen, sondern die Kunst, angemessen zu behandeln.

Das bedeutet:

- keine sinnlose Therapie;
- Respekt vor der Patientenentscheidung;
- eingeschränkte Behandlung zur Symptomlinderung;
- Therapieabbruch bei Überwiegen der Nebenwirkungen;
- Therapieabbruch bei Tumorprogression;
- ständige Begleitung und Unterstützung.

Diskussionsbeitrag: Prof. Dr. G. Carstensen, Mülheim a. d. Ruhr

Auf Anregung von Prof. Dr. W. Wachsmuth befaßte sich 1978 erstmals ein medizinisch-juristisches Gremium in der Bundesrepublik mit den Problemen der Behandlung Todkranker und Sterbender. Es wurde ein Ausschuß mit folgenden Mitgliedern gebildet:

Vorsitz: Prof. Dr. W. Wachsmuth

die Juristen Prof. Dr. E. Deutsch und Prof. Dr. H.-L. Schreiber,
 der Neurochirurg Prof. Dr. H. Kuhlendahl,
 der Psychiater und Neurologie Prof. Dr. H.-J. Bochnik,
 der Internist Prof. Dr. H. E. Bock,
 der Anästhesist Prof. Dr. J. Wawersik und
 der Chirurg Prof. Dr. G. Carstensen.

Es entstand eine Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender - ärztliche und rechtliche Hinweise -, die am 10. April 1979 dem Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vorgelegt und vom Präsidium einstimmig angenommen sowie veröffentlicht wurde.

Aus der Resolution seien einige Passagen zitiert:

„Im Grenzbereich von Leben und Tod hat der Arzt nicht selten zwischen verschiedenen Handlungsmöglichkeiten abzuwägen. Die folgenden Hinweise nehmen ihm die eigene Verantwortung nicht ab. Sie wollen ihm vielmehr helfen, Entscheidungen für den Kranken zu treffen, die sowohl mit dem ärztlichen Ethos als auch mit den rechtlichen Erfordernissen in Einklang stehen.

Ärztliches Wirken soll menschliches Leben erhalten und Leiden lindern. Angesichts des unausweichlichen und kurz bevorstehenden Todes kann Lebensverlängerung nicht unter allen Umständen Ziel ärztlichen Handelns sein.

II. Therapeutische Grundsätze

1. Unter den genannten Bedingungen (I) ist grundsätzlich alles zur Lebenserhaltung und Leidensminderung Notwendige zu tun. Bei ungewisser Prognose muß die Behandlung immer und auch dann begonnen bzw. fortgesetzt werden, wenn mit irreparablen Schäden zu rechnen ist.
2. Bei manchen zum Tode führenden Erkrankungen steht die notwendige Leidensminderung so stark im Vordergrund, daß die Möglichkeit einer Lebensverkürzung als Nebenwirkung in Kauf genommen werden darf.
3. Maßnahmen zur Lebensverlängerung dürfen beendet werden, wenn bei einer unausweichlich in kurzer Zeit zum Tode führenden Krankheit die vitalen Funktionen des Zentralnervensystems, der Atmung, der Herzaktion und des Kreislaufs offensichtlich schwer beeinträchtigt sind und der fortschreitende allgemeine Verfall nicht aufzuhalten ist oder nicht beherrschbare Infektionen vorliegen. In solchen Fällen sollte der Arzt Komplikationen nicht mehr über das Maß, das die Leidensminderung erfordert, behandeln. Entscheidend ist dabei der Umfang der ärztlichen Behandlungspflicht, nicht die rechtliche Einordnung als Handeln oder Unterlassen.
4. Bei schweren angeborenen Mißbildungen Neugeborener darf eine Behandlung unterbleiben oder abgebrochen werden, wenn wegen schwerer Beeinträchtigung vitaler Funktionen offensichtlich keine Lebensfähigkeit besteht.

III. Der Wille des Kranken

1. Bei einsichts- und willensfähigen Kranken soll der erklärte Wille, sich nicht mehr oder nur eingeschränkt behandeln zu lassen, respektiert werden. Jedoch sind - insbesondere krankheitsbedingte - Einschränkungen der Einsichts- und Willensfähigkeit zu berücksichtigen. Ärztliche Aufgabe ist es, gegebenenfalls dem Kranken zu helfen, eine Behandlungsverweigerung aus Resignation zu überwinden.

IV. Lebensbeendigung

Direkte Eingriffe zur Lebensbeendigung sind ärztlich und rechtlich unzulässig, auch wenn sie vom Kranken verlangt werden. Dem ärztlichen Auftrag widerspricht auch die aktive Mitwirkung bei der Selbsttötung, zum Beispiel durch Überlassung von Tötungsmitteln. Eine grundsätzliche sittliche Wertung der Selbsttötung soll damit nicht verbunden sein.

V. Menschliche Betreuung

Im Grenzbereich zwischen Leben und Tod stellt sich die Aufklärungsproblematik anders als sonst vor ärztlichen Maßnahmen. Der wahre Zustand soll dem Kranken insoweit eröffnet werden, als es nach den persönlichen Umständen erforderlich und menschlich tragbar erscheint. Die volle Wahrheit kann inhuman sein. Der Arzt muß insbesondere abwägen, ob die Mitteilung der Wahrheit im Einzelfall erforderlich ist, um dem Kranken notwendige Entscheidungen zu ermöglichen.

VI. Unteilbarkeit der Verantwortung

Die Verantwortung trägt der behandelnde Arzt. Sie ist nicht teilbar. Kollegiale Beratungen können hilfreich sein.“

Diese Resolution wurde allen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zugestellt. Aus zahlreichen Rückäußerungen ging hervor, daß die Resolution manchem Chirurgen bei einer Entscheidungsfindung maßgebend geholfen hat.

Die Diskussion über dieses Thema ist keineswegs beendet. In letzter Zeit ist der ökonomische Faktor hinzugekommen. Zur Zeit wird im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wiederum über diese Probleme beraten. Dabei ist die Transplantationschirurgie nicht auszuschließen.

2. Thema: Dokumentationspflicht und Dokumentationsumfang

aus juristischer Sicht: Prof. Dr. H. Lilie, Halle

Spätestens seit der Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofes vom 27. Juni 1978 bereichern die Fragen um die ärztliche Dokumentation die Schnittmenge zwischen Medizin und Recht. War bis zur Entscheidung im Jahre 1978 die Krankenakte nichts anderes, als ein Stück zu Papier gebrachtes Gedächtnis des Arztes, mit dem er, so die frühere Rechtsprechung, nach Belieben verfahren konnte, hat sich heute die Einstellung zur Dokumentation grundsätzlich geändert.

Dies geschieht meines Erachtens zu Recht.

Bei jedem der zahlreichen Kontakte zwischen Patienten und Ärzten bzw. den medizinischen Einrichtungen wird eine Krankenakte angelegt oder es werden Eintragungen in eine schon bestehende vorgenommen. Berücksichtigt man, daß jede dieser Informationen in der Krankenakte zwischen 10 und 25 Jahre aufgehoben bzw. gespeichert bleibt, so wird deutlich, daß sich ein beträchtliches Datenmaterial über den einzelnen Bürger in den Händen der Ärzte und Krankenhäuser befindet. Anders als bei der Speicherung und Aufbewahrung nur von Namen, Adressen und Geburtsdaten enthalten gerade die medizinischen Dokumentationen besonders sensitive, d. h. besonders empfindliche und schutzbedürftige Informationen über den einzelnen Patienten. Auf der anderen Seite darf nicht vernachlässigt werden, welchem tatsächlichen Zugriff die Krankenakten, sei es bei den niedergelassenen Ärzten, sei es in den Krankenhäusern, ausgesetzt sind. So wurde ermittelt, daß etwa in einem Krankenhaus mit 600 Betten monatlich ca. 2.700 Anfragen nach Informationen aus den Krankenakten eingegangen sind. 34 % von diesen Anfragen kamen aus den Reihen der Kostenträger, 21 % betrafen andere behandelnde Krankenhäuser und nachbehandelnde Ärzte und immerhin waren 8 % der Auskunftsbefehle von Gerichten und Anwälten erhoben.

So hat man in den Vereinigten Staaten (die Privacy Protection Study Commission) die „gatekeeping functions“ der Krankenakte längst erkannt. Unter „gatekeeping“ wird dabei verstanden, daß der Gebrauch der jeweiligen Informationen aus der Dokumentation die Möglichkeit eröffnet, den Umfang bestimmt, in dem einzelne Bürger in unterschiedliche Beziehungen sozialer, wirtschaftlicher oder politischer Art eintreten können und welche Voraussetzungen hieran zu stellen sind. Insbesondere stellt die Privacy Protection Commission fest, daß gerade der Gebrauch von Informationen aus der Krankenakte den Konflikt zwischen dem Interesse der Gesellschaft und einem vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnis einerseits und möglichst umfassender Informationen auf der anderen Seite offenlege. Deshalb sind solche Bewegungen zu unterstützen, die unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Persönlichkeitssphäre des einzelnen ein wirksames Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient einfordern.

Unabhängig von diesen Aspekten, die gerade auch auf die mit der ärztlichen Dokumentation verbundene Gefahr hinweisen, hat sich inzwischen eine sehr detaillierte Rechtsprechung zur Dokumentationspflicht in der Bundesrepublik Deutschland entwickelt. Die These, daß es sich bei der Dokumentation eher um das lästige Schreibwerk des Arztes handelt, ist längst durch eine neue Sichtweise verdrängt. Die Dokumentation gründet sich vertraglich wie deliktisch aus der Verpflichtung des Arztes, für die Sicherheit des Patienten die notwendige Grundlage in der Behandlung zu gewährleisten.

Es kann wohl als Konsens angesehen werden, daß die Dokumentationspflicht des Arztes bzw. des Krankenhauses zunächst als vertragliche Nebenpflicht aus dem Arztvertrag bzw. dem Krankenhausaufnahmevertrag, soweit das Krankenhaus danach auch die ärztliche Behandlung schuldet, ergibt. Darüber hinaus erkennt der BGH eine aus dem Arztvertrag folgende Pflicht des Arztes zu angemessener Dokumentation als selbstverständliche therapeutische Pflicht gegenüber dem Patienten an. Schließlich ist der Arzt auch berufsrechtlich verpflichtet, über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderliche Aufzeichnung zu machen (§11 Abs. 1 Satz 1 Musterberufsordnung). Die ärztliche Berufsordnung stellt darüber hinaus ausdrücklich klar, daß ärztliche Aufzeichnungen nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt sind. Sie seien, so die Berufsordnung, auch im Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation anzufertigen. Schließlich darf auch nicht übersehen werden, daß das Kassenarztrecht zusätzliche Vorschriften über die Fertigung von Aufzeichnungen enthält. Neben den genannten allgemeinen Aufzeichnungspflichten gibt es eine Reihe besonderer Rechtsvorschriften (z. B. § 43 Strahlenschutzverordnung, § 29 Abs. 2 Röntgenverordnung, § 10 Abs. 1 Geschlechtskrankengesetz, § 19 Arbeitsstoffverordnung) und spezifische Dokumentationspflichten.

Bevor die Einzelheiten der Rechtsprechung zur Dokumentationspflicht auszuwerten sind, ist hervorzuheben, daß Fehler in der Dokumentation oder gar eine fehlende Dokumentation für sich keine eigenständige Anspruchsgrundlage für Schadensersatzansprüche u.ä. bilden können.

Indessen kann, so die Rechtsprechung, ein solcher Mangel dazu führen, daß dem Patienten zum Ausgleich der durch die fehlerhafte oder fehlende Dokumentation eingetretenen Erschweris, einen ärztlichen Behandlungsfehler nachzuweisen, entsprechende Beweiserleichterung zugute kommen können. Damit soll erreicht werden, daß im Falle einer Prozeßführung eine gerechte Rollenverteilung im Arzt-Patienten-Verhältnis geschaffen werden kann.

Um Mißverständnissen vorzubeugen, erscheint es mir weiterhin notwendig hervorzuheben, daß es eine Dokumentationspflicht aus Rechtsgründen nicht geben kann. Meines Erachtens zu Recht hat der Bundesgerichtshof wiederholt darauf hingewiesen, daß es sich bei der Pflicht zur Dokumentation ausschließlich um eine Rechenschaftspflicht des Arztes bzw. des medizinischen Personals gegenüber dem behandelten Patienten hinsichtlich der medizinisch ergriffenen Maßnahmen handelt. Wenn aber der Standard, also das medizinisch Notwendige, zu dokumentieren ist, dann ergibt sich der Maßstab des notwendigen Umfangs der Dokumentation immer aus den medizinischen Notwendigkeiten. Deshalb ist eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, auch nicht aus Rechtsgründen geboten. Damit will die Rechtsprechung klarstellen, daß die ärztliche Dokumentation vor allem therapeutischen Belangen dient. Ihr Inhalt und Umfang richtet sich also nicht danach, wie am besten Beweise für einen späteren Arzthaftungsprozeß zu sichern sind. So hat das OLG Oldenburg nach einer komplikationslos verlaufenden Extraktion von Zähnen es als ausreichend angesehen, daß der bloße Umstand der Extraktion dokumentiert wurde. Diese Behandlung erfordere es sicher nicht - so das OLG Oldenburg - ausdrücklich festzustellen, welche denkbaren Komplikationen **nicht** eingetreten sind.

Gleichwohl wird dieser Grundsatz von der Rechtsprechung in allen Fällen zugrundegelegt. In einem Bereich nämlich, in dem es darum geht, den Patienten auf die ernsthaft in Betracht kommende Möglichkeit einer schwerwiegenden Erkrankung und die Notwendigkeit der Vornahme bestimmter Untersuchungen hinzuweisen, ist es aus der Sicht des Arztes ratsam - so das OLG Düsseldorf -, im Hinblick auf einen möglichen Haftungsprozeß die Weigerung des Patienten, einer bestimmten Untersuchung zuzustimmen, zu dokumentieren. Dies ist ausdrücklich für den Fall entschieden worden, daß ein HIV-Antikörpertest vom Patienten verweigert wird. Gerade, wenn der Arzt im Falle des Verdachts einer HIV-Infektion auf Wunsch des Patienten die erforderliche Testung nicht durchgeführt und auf Grund seiner Verschwiegenheitspflicht diese Tatsache nicht dokumentiert, soll ihm - so das OLG Düsseldorf - diese Unterlassung im Haftungsprozeß nicht zum Nachteil gereichen. Der Senat des OLG Düsseldorf hat auch den Aspekt, daß eine verschlüsselte Dokumentation der verweigerten Aidsstestung nicht weiterhelfen könne, erörtert.

Ob und inwieweit befundsichere Maßnahmen zu dokumentieren sind, um den aktuellen Status des Patienten zu ermitteln und abrufbar zu konservieren, richtet sich also ausschließlich nach den Geboten ärztlicher Behandlung und nicht danach, ob dadurch viele Jahre später Mutmaßungen über Schmerzursachen anlässlich eines Arzthaftungsprozesses erspart bleiben.

Gleichwohl wird gerade von ärztlicher Seite immer wieder darauf hingewiesen, daß hinsichtlich des Umfangs der Dokumentationspflicht trotz einer nunmehr fast 18jährigen Rechtsprechung weitgehende Unsicherheit herrscht.

Vor allen Einzelheiten ist hervorzuheben, daß allgemein der Grundsatz gilt, daß einer vertrauenswürdigen ärztlichen Dokumentation bis zum Beweis der Unrichtigkeit Glauben zu schenken ist. Daraus folgt, daß bei der Beurteilung, ob ein ärztliches Handeln lege artis gewesen ist, grundsätzlich der dokumentierte Behandlungsverlauf zugrunde zu legen ist. Das gilt auch im Falle einer Behandlungskarte eines niedergelassenen Arztes und ist nur für den Fall einzuschränken, daß diese Dokumentationspflicht dürftig und unvollständig ist (OLG Köln). Dies gilt für den Arzt wie für den Heilpraktiker gleichermaßen.

Nach meinen bisherigen Ausführungen müßte ich als Jurist, wäre ich konsequent, spätestens jetzt meinen Vortrag abbrechen. Der Umfang und die weiteren Details der Dokumentationspflicht ergeben sich schließlich aus den medizinischen Gegebenheiten. Diese zu beurteilen bin ich weder in der Lage noch steht es mir vom Fach her zu. Meine weiteren Ausführungen bitte ich deshalb als Bericht über fehlgeschlagene Behandlungsverhältnisse anzusehen, die die Gerichte beschäftigt haben. Man sollte dabei immer im Auge behalten, daß die kaum zählbaren Regelfälle, in denen niemand Vorwürfe wegen Dokumentationsfehlern erhebt, zu leicht durch spektakuläre Einzelfälle verdrängt werden.

Im einzelnen sind die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Diagnoseuntersuchungen, Funktionsbefunde, Medikationen, ärztliche Hinweise und Anweisungen an die Funktionen und Behandlungspflege, Abweichungen von der Standardbehandlung und Verlaufsdaten, wie Aufklärung, Operationsbericht, Narkoseprotokoll, Zwischenfälle, Wechsel des Operateurs in der Operation, Anfängerkontrolle, Intensivpflege, Verlassen des Krankenhauses gegen Rat des Arztes zu dokumentieren. Insgesamt ist die ordnungsgemäße Erfüllung der Dokumentationspflicht an den Kriterien der Vollständigkeit Wahrheit und Klarheit zu messen. Somit unterliegen der Dokumentationspflicht auch alle für die Behandlung der Krankheit nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft wesentlichen medizinischen und tatsächlichen Feststellungen.

Schlund, auf den ich mich hier beziehe, hat im Jahre 1994 die rechtlichen Vorgaben zutreffend zusammengefaßt. Zu dokumentieren sind:

- alle im Krankenhausaufnahmebogen vorgesehenen Angaben;
- alle durchgeführten speziellen Untersuchungen, Tests, Labor- und medizinischen Geräteuntersuchungen;
- postoperativ angefallene Befund-, Labor- und Operationsergebnisse;
- die Namen aller an der jeweiligen ärztlichen Meinung beteiligten Schwestern und Ärzte in ihrer jeweiligen Funktion;
- der Verlauf von durchgeführten Maßnahmen (Operationen), die dabei angewandte Methode einschließlich eingelegter Drainagen und des Wundverschlusses sowie des verwendeten Nahtguts;
- eine erfolgte Operationserweiterung;
- die Operationsdauer (Anfang und Ende), die dabei aufgetretenen Zwischenfälle und die dagegen ergriffenen Maßnahmen (exakte Angabe der Dauer und des agierenden Arztes).

Einmütig anerkannt ist dagegen, daß reine Routinemaßnahmen und bloße Selbstverständlichkeiten, etwa Standardlagerung des Patienten auf dem Operationstisch oder die eingehaltenen Hygiene- und Sterilisationsmaßnahmen sowie verwendetes Tamponmaterial nicht zu dokumentieren sind.

Postoperativ ist dann die Genesungsphase exakt zu dokumentieren, also alle erforderlichen Eintragungen im Verlaufsbogen, angefangen von der Arzneimittelverordnung bis hin zu Fieber- und Pulsmessung. Schließlich müssen aus der Krankenakte die zur Weiterbehandlung empfohlenen Medikamente und auch der Hinweis auf weitere ärztliche Betreuung oder die Weiterwiedereinbestellung des Patienten hervorgehen. Schließlich sind - so Schlund - bei oder nach der Entlassung des Patienten dem einweisenden Kollegen ein ausführlicher Arztbrief über die durchgeführte Diagnostik oder Operationsmaßnahmen und deren Befunde zu übersenden und eine Abschrift/Kopie derselben in den Krankenunterlagen zu verwahren.

Daraus ergibt sich, daß sämtliche, insbesondere sich von selbst verstehende Routinemaßnahmen, zu denen auch der pflegerische Grundstandard gehören, von der Dokumentationspflicht ausgenommen sind.

In Einzelfällen gelten freilich auch für Routineeingriffe besondere Dokumentationsmaßstäbe. So stellt die Rechtsprechung an den Umfang der Dokumentation bei Eingriffen, die von Anfängern ausgeführt werden, besondere Ansprüche. Es mag bei einem kleinen, unter Lokalanästhesie durchgeführten Eingriff, der wirklich Routinesache ist, für den erfahrenen Chirurgen genügen, daß er nur die Art, die Tatsache der Durchführung und die Namen der Beteiligten an der Operation vermerkt, sofern keine Komplikationen eingetreten sind. Dies soll nicht in gleicher Weise für den Anfänger gelten. Bei diesem sei es - so die Rechtsprechung - nicht selbstverständlich, daß er von vornherein die medizinisch richtige und übliche Technik anwendet und beherrscht. Um wenigstens eine gewisse Kontrolle im Interesse seiner Ausbildung und vor allem auch im Interesse des Patienten zu gewährleisten, muß vom Anfänger verlangt werden, daß er den Gang der Operation, auch wenn es sich nur um eine Routinesache handelt, genau aufzeichnet. Das Fehlen eines Operationsberichtes über einen von einem Berufsanfänger selbstständig durchgeführten Eingriff erschwert - so der BGH - die Beweissituation des geschädigten Patienten zusätzlich auf unbillige Weise.

Auch andere Abweichungen von einem Routineverlauf sind zumindest mit den in Fachkreisen als aussagekräftig anerkannten Schlagworten zu kennzeichnen (etwa Methode nach Greenhill oder Methode nach Kinch).

Gerade bei Entbindungen sind solche Kennzeichnungen im Hinblick auf die Art und Weise der „Entwicklung“ des Kindes von Bedeutung. So soll - so das OLG Saarbrücken - der bloße Hinweis im Geburtsbericht auf eine schwere Schulterentwicklung eine nichtausreichende Dokumentation sein, wenn im Zusammenhang mit der Geburt eine Schulterdystokie eingetreten ist. Im Hinblick darauf wird bereits in der mangelhaften Dokumentation der Behandlung der Schulterdystokie selbst ein Indiz für einen Behandlungsfehler gesehen. Das Fehlen jeglicher Dokumentation zum Vorgehen des Arztes bei der Behandlung der Schulterdystokie begründe die Wahrscheinlichkeit, daß der Arzt vom Auftreten dieser Schulterdystokie überrascht worden sei und infolgedessen überstürzt sowie ohne die gezielte Anwendung einer anerkannten Methode vorgegangen sei und forcierte Extraktionsversuche unternommen habe.

Ein besonderes Kapitel ist die Dokumentation der Aufklärung. Da die Rechtsprechung in immer stärkeren Maße vorformulierten Formulare den größten Argwohn entgegenbringt, tritt sie verstärkt für eine Dokumentation der Aufklärung in den Krankenunterlagen ein. Der Beweis-

wert einer Aufklärung, deren Verlauf sich aus dem ordnungsgemäßen Gang der Dokumentation widerspiegelt, wird in der Rechtsprechung immer wieder hervorgehoben. Diese Form der patientenbezogenen, von Formularen losgelösten Einzelfallaufklärung, sollte in der Dokumentation durchaus Beachtung geschenkt werden. Hierbei wird freilich besonders großer Wert darauf zu legen sein, daß in größeren Häusern und Abteilungen durch den Krankenhausträger die notwendigen organisatorischen Maßnahmen getroffen werden, damit der für die Dokumentation verantwortliche Arzt jederzeit zu ermitteln ist. Einigkeit besteht ferner darüber, daß zugunsten des Patienten eine Beweiserleichterung hinsichtlich des Behandlungsfehlers dann in Betracht kommt, wenn die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist und deswegen für den Patienten im Falle einer Schädigung die Aufklärung des Sachverhaltes unzumutbar erschwert ist. Damit sind zwar Beweiserleichterung hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs zwischen dem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Gesundheitsschaden mit dem Dokumentationsmangel **unmittelbar** nicht verbunden. Ausnahmsweise kann aber mittelbar der Dokumentationsmangel auch für den Nachweis des Ursachenzusammenhangs Bedeutung gewinnen, wenn der wegen des Fehlens der gebotenen Aufzeichnung indizierte Behandlungsfehler als grob bewertet wird. Gleiches gilt, wenn sich der Verstoß des Arztes gegen eine besondere Befundversicherungspflicht herausstellt und aus diesem Grund nach den dafür von Bundesgerichtshof entwickelten Grundsätzen den Patienten auch insoweit Erleichterungen für den Kausalitätsnachweis zuzubilligen sind. Wenn also ein bedeutsamer Operationsschritt, wie etwa die Darstellung des Nervus radialis im Operationsbericht nicht erfolgt, so muß der Arzt zumindest die Gründe vermerken, die ihn dazu bewogen haben, auf eine Freipräparierung des Nervus radialis zu verzichten. Ist freilich bewußt auf die Freipräparierung des Nervus radialis aus der Operationssituation heraus verzichtet worden, so muß ein Abweichen von der üblichen Technik, das sich unter der Operation als erforderlich herausstellt, als solches dokumentiert werden.

Hat der Arzt nach einiger Zeit festgestellt, daß seine Behandlung möglicherweise doch zum Schaden führt und erstellt er dann nachträglich eine detaillierte Eigendokumentation, so wird diese nicht als vollwertiger Ersatz der Regeldokumentation angesehen. Sie wird der Bedeutung einer korrekten Dokumentation nicht gerecht.

Die Anforderungen an die Dokumentation sind variabel und verändern sich jeweils durch den Zustand des Patienten. Sind in der Regel Anordnungen hinsichtlich der Wahl der erforderlichen Pflegemaßnahmen entbehrlich, so sind bei einem Risikopatienten, insbesondere wenn für diesen Fall keine speziellen Dienstanweisungen bestehen, in den Krankenunterlagen die ärztliche Diagnose sowie die ärztlichen Anordnungen hinsichtlich der Wahl der erforderlichen Pflegemaßnahmen festzuhalten. Auch wenn Sie Diskussion um die Dokumentation, etwa der Dekubitusprophylaxe, mit dem Pflegepersonal zu schweren Auseinandersetzungen geführt hat, kann die Entscheidung über das, was als Dekubitusprophylaxe und Pflege ärztlich als ausreichend angesehen wird, nicht allein dem Pflegepersonal überlassen werden.

Schließlich sei noch auf einige besondere Fälle im Zusammenhang mit der Dokumentation hingewiesen. In der Praxis sehen sich die Ärztinnen und Ärzte wiederholt mit der Situation konfrontiert, daß die Staatsanwaltschaft auf Grund eines richterlichen Beschlusses die Beschlagnahme der ärztlichen Dokumentation betreibt. Hier ist zu differenzieren zwischen der Beschlagnahme bei dem beschuldigten Arzt, der sich kaum gegen eine entsprechende Beschlagnahme wenden kann. Anders sieht es freilich aus, wenn das Ermittlungsverfahren wegen behaupteter Arztfehler zur Beschlagnahme von Unterlagen eines als Zeuge in Betracht kommenden Arztes führen. Dies wird in der Regel ein vor- oder nachbehandelnder Arzt sein. In dieser Situation wird auch in Praxis allzu leicht übersehen, daß hier ein Rückgriff auf eine Beschlagnahme der Krankenakten gemäß §§ 94, 96, 102, 103, 105 StPO entbehrlich ist. Auch wenn eine Schweigepflichtsbefreiung des anzeigenden Patienten vorliegt, wird in der Regel eine Beschlagnahme gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz ebenso verstoßen wie eine dazu durchgeführte Durchsichtung. In der Regel wird nämlich zur Beweissicherung es bereits ausreichend sein, wenn die betroffenen Schriftstücke von dem verwahrenden Arzt abgelichtet und dann der Staatsanwaltschaft herausgegeben werden. In diesem Zusammenhang sind immer wieder die Interessen Unbeteiligter zu beachten. Diese können durchaus im Verhältnis zu den Interessen der Strafverfolgung der Vorrang verdienen. Deshalb hat die Staatsanwaltschaft in solchen Fällen stets zu prüfen, ob die Anfertigung von Fotokopien genügt. Will also die Staatsanwaltschaft im Einzelfall womöglich noch unter Ausnutzung der Überraschungseffektes umgehend und unterschiedslos die Behandlungsdokumentation sowohl vom tatverdächtigen Ärzten als auch von Zeugen erhalten, so sollten diese Aspekte gegen entsprechende Beschlagnahmebegehren immer wieder ins Feld geführt werden.

Schließlich kann ich es mir als Strafrechtler auch nicht verkneifen, auf § 267 StGB - die Urkundenfälschung - hinzuweisen. Vor nicht allzu langer Zeit hat das OLG Koblenz nochmals darauf hingewiesen, daß spätere Veränderungen der Eintragungen in der Dokumentation durch den Arzt eine Urkundenfälschung im Sinne des § 267 StGB sein könnte. Im konkreten Fall hatte sich der Arzt die Entscheidung darüber vorbehalten, ob die von den Laborkräften ermittelten Zuckerwerte auf der Grundlage von Urinproben oder Blutproben in die Dokumentation eingetragen werden sollten. Nachdem über einen längeren Zeitraum bereits die von dem Laborpersonal ermittelten Werte in der Dokumentation festgehalten worden waren, hat der Arzt in 45 Fällen einen höheren und in 535 Fällen einen niedrigeren Wert eingetragen, daß er den zuvor eingetragenen Wert der Laborkräfte überschrieben hat. Diese Veränderung der Blutzuckerwerte hat das OLG Koblenz als Verfälschen einer echten Urkunde angesehen. Dabei hat sich der Strafsenat auf die Rechtsprechung der Zivilsenate gestützt, wonach auf Grund des Behandlungsvertrages die Verpflichtung besteht, während der Behandlung eines Patienten die erhobenen Befunde vollständig und in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung durch schriftliche Aufzeichnungen zu dokumentieren. Der ärztlicherseits ausgesprochene Vorbehalt, nachträglich Veränderungen der von den Laborangestellten ermittelten und in den Krankenakten aufgezeichneten Blutzuckerwerte vorzunehmen, ist insofern unbeachtlich. Das OLG Koblenz hat deshalb ganz entscheidend darauf abgestellt, daß die erhobenen medizinischen Befunde unverzüglich schriftlich niederzulegen sind und jegliche spätere Änderung der Aufzeichnung unzulässig sei. Eine Ausnahme könne nur für die Korrekturen offensichtlicher Schreibfehler oder vergleichbarer Unrichtigkeiten zulässig sein. Insofern wird hier von einer nur ganz beschränkten Dispositionsbefugnis des Arztes über die Dokumentation ausgegangen.

aus ärztlicher Sicht: Prof. Dr. H. F. Kienzle, Köln

Ärztliche Aufzeichnungen sind so alt wie der Berufsstand selbst. In der Antike wurden ärztliche Aufzeichnungen zu Lehr- und Ausbildungszwecken vorgenommen. Dabei ging es aber mehr um die Vermittlung medizinischen Wissens auf der Grundlage systematischer Darstellungen zu Untersuchung, Diagnose und Therapie, weniger handelte es sich um die Darstellung und Dokumentation von Einzelfällen und Einzelverläufen. Ab dem 17. Jahrhundert dienten ärztliche Aufzeichnungen der systematischen Beobachtung von Krankheitsverläufen und damit der ersten systematischen Erforschung von Krankheitsursachen.

Das Reichsgericht hatte noch im Jahre 1930 die Auffassung vertreten, daß die Unterlassung einer Röntgenaufnahme die Beweisführung des Patienten für einen Kunstfehler des Arztes zwar erschweren könne, und der Richter dies bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen habe. Das Reichsgericht zog hieraus jedoch nicht den Schluß, daß die Unauflärbarkeit der Ursache der Schädigung des Patienten - die unterlassene Röntgenaufnahme - zu Lasten des Arztes gehen müsse. Gleichwohl wurden Ende der 20er Jahre des 20. Jahrhunderts vom Reichsgericht die Grundlagen dafür geschaffen, daß die Verantwortlichkeit für einen groben Behandlungsfehler eng verknüpft ist mit der Aufklärbarkeit eines Sachverhalts und damit mit der Beweisführung ärztlicher Aufzeichnungen.

Es sollte jedoch noch weitere 50 Jahre dauern, bis der Bundesgerichtshof 1978 die persönlichen Aufzeichnungen des Arztes auch als Dokumentation im Sinne des Patienten wertete. Wegweisend hierfür waren das sogenannte „Dokumentationsurteil“ und das „Damm-schnitturteil“. Seit der Entscheidung des BGH im Jahre 1978 ist es grundsätzlich Rechtspflicht, ordnungsgemäße Aufzeichnungen zu erstellen, die es zumindest einem fachkundigen Dritten ermöglichen sollten, alle Schritte der Behandlung nachzuvollziehen.

Dieser Entscheidung entsprechen auch die Inhalte der Bundesmantelverträge von 1990:

Wurde in den Musterberufsordnungen von 1956 und 1970 bezüglich der Dokumentation noch von einer unverbindlichen Gedächtnisstütze gesprochen, ist seit 1990 die Dokumentation eine explizite Berufspflicht:

Nach einer standardisierten Regelung der Ärztekammern gilt:

- 1) „Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Solche Aufzeichnungen sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.
- 2) Ärztliche Aufzeichnungen sind 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.
- 3) Der Arzt soll dafür Sorge tragen, daß seine Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht in gehörige Obhut gegeben werden.
- 4) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, vorzeitige Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.“

Das im Jahre 1993 in Kraft getretene GSG verpflichtet den Arzt zu einer Mindestdokumentation, nach der Diagnose und Therapie entsprechend einem speziellen Schlüssel den Krankenkassen gemeldet werden zu müssen.

Die dreiseitige Vereinbarung zum ambulanten Operieren nach § 14 des Vertrages nach § 115b SGB V enthält darüber hinaus einen eigenen Paragraphen zur Dokumentation:

Anlage 1 (zu § 6 Abs. 1, Dokumentation): Ambulantes Operieren

1. Für die Zwecke nach § 7 (Statistische Auswertungen) sind die folgenden Daten anonymisiert worden:
 - Präoperative Diagnose (Text und ICD-Schlüssel),
 - Indikation zum operativen Eingriff,
 - Präoperative Vorbereitung / Prämedikation,
 - Operations-Nr.,
 - Art der Operation mit Angabe der EMB-Nr.(n).,
 - Art der Anästhesie mit Angabe der EMB-Nr(n).,
 - Dauer der Operation und der Anästhesie,
 - Postoperative Diagnose (Text und ICD-Schlüssel),
 - soweit vorhanden, histologischer Befund,
 - Komplikationen;
 - Intraoperative Komplikationen,
 - Postoperative Komplikationen (z. B. Nachblutung),
 - Narkosezwischenfall,
 - Unmittelbare stationäre Fortsetzung der Behandlung,
 - Revisionseingriff,
 - Infektionen,
 - Spätkomplikationen, festgestellt bei ggf. erfolgenden Kontrolluntersuchungen oder mitgeteilt durch den weiterbehandelnden Arzt.
2. Außerdem sind in der Patientenakte zu vermerken:
 - Patientenaufklärung zu Anästhesie und Operation,
 - Operationsbericht,
 - Zustand des Patienten bei Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung in der Praxis oder im Krankenhaus,
 - die ggf. erfolgte Absprache zur Übernahme des Patienten in die ambulante Betreuung durch einen anderen Arzt einschließlich ggf. erforderlicher pflegerischer Nachsorge.
3. Zusätzlich ist eine Infektionsstatistik für die Operationseinrichtung zu führen.

Vergleichende statistische Auswertungen zum Zweck der Qualitätssicherung sollen aufgrund dieser gesetzlichen Dokumentationspflicht ermöglicht werden. Die Krankenhäuser und Vertragsärzte haben unbeschadet der berufsrechtlichen Pflicht zur Dokumentation für die Zwecke nach § 7 die Daten anonymisiert zu erfassen. Die Ausführungen dieses Paragraphen zeigen, wie die prinzipielle berufliche und juristische Pflicht zur Dokumentation durch neue Verordnungen präzisiert und im Detail bürokratisiert wird.

Soweit zu den Vorgaben, die formuliert sind. Weitere Präzisionen gibt es bis heute nicht. Die Ermessensspielräume sind daher im Einzelfall nicht unerheblich.

Zum Dokumentationsumfang:

Aus der geschilderten historischen Entwicklung wird erkennbar, wie die zunächst viele Jahrhunderte lang unverbindliche ärztliche Aufzeichnung einem Wandel unterworfen wurde von der einfachen Schilderung eines Krankheitsverlaufs zur Dokumentation als Beweismittel mit hohen juristischen Ansprüchen bis zur bürokratischen Detaildokumentation.

Prinzipiell muß der gesamte Behandlungsverlauf aus der Dokumentation nachvollziehbar und verständlich sein.

Diagnostische Überlegungen und Verfahren, Funktionsbefunde, Art und Dosierung von Medikamenten, Anweisungen an das Funktions- und Pflegepersonal, Abweichungen von Standardbehandlungen sind zu dokumentieren, ebenso präzise und dem Verlauf nach vollinhaltlich die Aufklärung und die einzelnen Schritte einer Operation (Operationsbericht). Ein Formular kann für das Aufklärungsgespräch nur eine Grundlage darstellen; findet ein zusätzliches Gespräch nicht statt, ist das Formular als Dokument wertlos, auch wenn es unterschrieben ist. Insofern ist die Verwendung von Formularen sehr gefährlich, da sie einer oberflächlichen Handhabung des Aufklärungsgesprächs Vorschub leistet.

Weiter ist zu dokumentieren Wechsel eines Operators während der Operation, die Anleitung von Anfängern und genauso der Einsatz von Intensivpflegeteamen. Die Dokumentation des Anästhesisten ist eine eigenständige Leistung und beruht auf dem Vertrauensgrundsatz. Dies gilt auch für das Narkoseprotokoll und unerwartete Zwischenfälle während der Narkose.

Besonderes Gewicht hat die lückenlose Dokumentation bei Neulandverfahren, derzeit zum Beispiel die minimalinvasive Chirurgie, oder bei der Operation eines Berufsanfängers.

Verläßt ein Patient gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus, ist dieser Sachverhalt, wie auch die darauffolgenden Sicherungsvorkehrungen zur Schadensverhütung, festzuhalten.

Präzise Eintragungen und Brückensymptome von substantieller Qualität sind besonders wichtig, sobald sie einen von der Norm abweichenden Verlauf betreffen. Ergibt sich aus den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden eine Diskrepanz, so muß die Dokumentation später objektivieren lassen, daß sich der Arzt der Verantwortung seines Handelns bewußt war.

Die ärztliche Dokumentation und die Pflegedokumentation sind Teile einer partnerschaftlichen Aufgabe und dürfen nicht die Qualität einer Defensivdokumentation erhalten. Die Pflegedokumentation hat in den letzten Jahren ein besonderes, eigenständiges Gewicht erlangt.

Dokumentationspflicht ist also die Therapiesicherung, Beweissicherung, Qualitätssicherung und die Rechenschaftslegung. Angesichts der Arbeitsteilung im ärztlichen Bereich muß jeder mit- und nachbehandelnde Arzt jederzeit imstande sein, sich über durchgeführte Maßnahmen, die angewandte Therapie und die daraus folgenden Konsequenzen zu informieren.

Seit dem 1.1.1996 ist das Arbeitszeitgesetz für Angestellte im öffentlichen Dienst strikt anzuwenden. Die Anwendung dieses Gesetzes bringt für die Kliniken besondere Probleme mit sich, weil die personelle Kontinuität auf der Station und im Operationssaal kontinuierlich durchbrochen wird. Für die Kollegen, die nach Dienst nach Hause gehen müssen, entsteht regelmäßig eine Lücke, die trotz sorgfältiger Dokumentation des Behandlungsablaufs und der Vorhaben für den jeweiligen Tag nicht ohne weiteres ausgefüllt werden können. Auch das „Zwischen-den-Zeilen-Stehende“ einer Arzt-Patienten-Beziehung kann nicht im einzelnen schriftlich dokumentiert werden. Insofern empfindet sicher mancher Patient eine gewisse Vernachlässigung, die wir aber auch bei bester Organisation nicht auffangen können. Gleichwohl muß das Grundlegende einer Behandlung aus den Aufzeichnungen erkennbar sein, damit jeder Kollege wenigstens in groben Zügen informiert ist.

Insofern haben gewissenhafte ärztliche Aufzeichnungen auch einen qualitätssichernden Effekt und sind für das Zusammenwirken mehrerer Ärzte, nicht zuletzt auch in der Zusammenarbeit zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten unerlässlich, um Fehler in der Weiterbehandlung oder Nachsorge zu vermeiden. Der Arztbrief ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Instrument zur Zusammenfassung einer Behandlungsperiode, zum Beispiel Krankenhausaufenthalt, aber auch um die Sicherungsaufklärung zu dokumentieren; Zeitnähe spielt hierbei eine besondere Rolle.

Wenn auch die Rechenschaftspflicht über Behandlungen und insbesondere Operationen in der Literatur teilweise kritisiert wird, erfüllt die ärztliche Dokumentation durchaus die Anforderungen an das Persönlichkeitsrecht des Patienten, weil dem Patienten nicht nur die Sachkunde zur Kontrolle fehlt, sondern weil er bei Operationen in der Regel nicht mitbekommt, was mit ihm geschieht. Auch wenn sich die Dokumentations- und Rechenschaftspflicht nicht ursprünglich auf den Behandlungsfehler beziehen oder gar Grundlagen für Schadenersatzansprüche darstellen, muß sowohl der Kostenträger als auch der Patient jederzeit die Möglichkeit haben, die diagnostischen Verfahren und das Ergebnis einer Behandlung zu überprüfen. Therapiesicherung und Rechenschaftspflicht sind also anerkannte Dokumentationszwecke. Bestritten wird von mancher Seite die „Beweissicherung“. Der BGH hat zwar diesen Aspekt der Dokumentation vordergründig verneint, gleichwohl kommt jeder Dokumentation auch Beweisfunktion zu. Im Falle des Fehlens entsprechender Eintragungen wird unter Umständen eine Erschwerung oder gar Vereitelung des Beweises durch den Arzt angenommen. Die Beweislast für einen Behandlungsfehler geht im Zweifel vom Patienten auf den Arzt über.

Bezüglich der Einsichtnahme in ärztliche Dokumente besteht zwar ein therapeutisches Privileg, dies gilt jedoch nicht hinsichtlich der Art und dem Umfang der Dokumentation: Die medizinischen Daten und Parameter sind objektiv zu dokumentieren. Meint ein Arzt, daß spezielle Dokumente der Einsichtnahme entzogen werden sollen, empfiehlt sich die duale Aufzeichnung.

Die Aufbewahrungsfristen sind weitgehend gesetzlich geregelt. Beispiele hierfür sind der Abbildung zu entnehmen.

Überblick über die wichtigsten Aufbewahrungsvorschriften

Gesetz, Verordnung	Vorschrift	Aufbewahrungsfrist
Muster-Berufsordnung	§ 10 Abs. 2 MBO	10 Jahre
Bundemantelvertrag-Ärzte	§ 5 Abs. 2 BMV-Ä	10 Jahre
Betäubungsmittel-Verschreibungs-VO	§ 5 Abs. 5 BtMVV	3 Jahre
Geschlechtskrankheiten-Gesetz	Abs. 1 iVm § 2 Abs. 3 DVO	5 Jahre
Röntgen-VO	§ 28 Abs. 4 RöVO	10 Jahre nach der letzten Untersuchung; 30 Jahre nach der letzten Behandlung
Strahlenschutz-VO	§ 43 Abs. 3 StrlSchV	10 Jahre nach der letzten Untersuchung; 30 Jahre nach der letzten Behandlung
Verletzungsartenverfahren		20 Jahre
Richtlinie für die Bestellung von Durchgangsarzten vom 1.4.1982		15 Jahre einschließlich Röntgenbilder

Der Gesetzgeber hat an die Form der Dokumentation keine speziellen Anforderungen gestellt. Stichwortartige Aufzeichnungen genügen. Die Angaben sollen für den Fachmann verständlich sein. Leicht vorstellbar ist, daß natürlich nur eine Dokumentation ihren Zweck erfüllt, wenn sie auch leserlich ist.

Die schriftliche Dokumentation stellt nur einen der methodischen Wege dar. Eine Fotodokumentation kann den Aussagewert wesentlich ergänzen. Gerade auch in der Ambulanz bei frisch verunfallten Patienten spielen Polaroidaufnahmen auch für spätere Beweisfragen eine erhebliche Rolle. Videoaufzeichnungen im Falle der mikroinvasiven Chirurgie sind durchaus üblich und sollten stets verwendet werden. Vor einer einfachen Formularaufklärung ist dringend zu warnen, entscheidend ist das Gespräch, das zu dokumentieren ist.

Die Dokumentation sollte in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung oder dem Eingriff erfolgen. Eine Dokumentation, die Wochen später oder gar Monate später vorgenommen wird, ist einer unterlassenen oder lückenhaften Dokumentation gleichzusetzen. Grundsätzlich gilt, so zeitnah wie möglich.

Ein besonderes Problem ist die Dokumentation auf elektronischen Datenträgern. An die Echtheit eines Dokumentes müssen ganz besondere Anforderungen gestellt werden, um nicht nachträgliche Änderungen, die für niemanden erkennbar sind, zu vermeiden. Gesetzliche Vorschriften liegen hierfür noch nicht vor. Es ist aber zu erwarten, daß Regelungen gefunden werden im Sinne von Rücklage von Bändern bei einem Notar oder besonders gesicherten Back up's.

Jede Nicht- oder Schlechterfüllung der Dokumentationspflicht kann zu einer mindestens teilweisen Unaufklärbarkeit des streitigen Sachverhalts führen. Benutzt der Anwender also ein Programm, das nicht manipulationssicher ist, so hat er dadurch ein Aufklärungshindernis geschaffen und sich somit beweisvereitelnd verhalten. Die prozessuale Folge ist die bekannte Beweiserleichterung, die bis zu Beweislastumkehr gehen kann. Der dokumentierende Arzt ist also gut beraten, bei der Einrichtung einer EDV-gestützten Dokumentation nicht nur den Organisations- und Rationalisierungsaspekt im Auge zu haben, sondern auch den Beweiswert seiner Aufzeichnungen.

Auch wenn man größte Anstrengungen unternimmt, der Dokumentationspflicht nach Inhalt und Umfang gerecht zu werden, wird es immer wieder gewisse Dokumentationsmängel geben, nicht zuletzt aus Gründen des gedrängten Arbeitsablaufs in einer Praxis oder Klinik und der daraus resultierenden Zeitnot. Sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich nimmt die Flut der täglich auszufüllenden Scheine und Dokumente weiter zu, so daß die einzelnen Mitarbeiter im ärztlichen Bereich diesbezüglich außerordentlich belastet sind.

<u>Verwaltung / Kasse</u>	<u>Innerbetrieblich</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmevertrag • ICD-Schlüssel • Computer-Bogen (Leitkarte) • Verlängerungsantrag • Qualitätssicherung NW • Sterilitätsdokument-Nachweis OP • Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung • AHB-Antrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Laborschein • Rö-Schein • EKG-Schein • andere Anforderungen (z.B.) <ul style="list-style-type: none"> – Konsilschein – Transfusionsanforderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallbogen • Ambulanzkarte • Krankenblatt • Optiplan (stat. Verlauf) • Einverständniserklärung • Operationsbericht • Entlassungsbrief
	<u>Arzt / Patient</u>	

Hier eine gewisse Reduktion auf das wesentliche zu finden, sollte Ziel künftiger Überlegungen sein. Insofern wird auch bei den Juristen um Verständnis geworben, die Anforderung an die tägliche Praxis nicht zu überhöhen und Verständnis für die Probleme und die Praxis des Alltags mit in ihre Überlegungen einzubeziehen. Vielleicht erfüllt künftig eine breite Anwendung der EDV im klinischen Alltag den Wunsch, Routedokumentationen zu reduzieren, beziehungsweise ganz zu eliminieren, um die notwendigen, individuellen Dokumentationen im Sinne des Patienten auf das Wesentliche des Behandlungsablaufs zu beschränken, und so einer ausufernden Bürokratie entgegenzuwirken.

Trotz aller Mühe, die die Dokumentation bedeutet, kann nur noch nachvollzogen werden, was dokumentiert ist.

Fazit: Eine sorgfältige Dokumentation spricht für sorgfältige Diagnostik und Therapie und dient damit dem Behandlungserfolg.

3. Thema: Probleme der EDV-gestützten Dokumentation

Dr. S. Streitz, Dipl.-Informatiker, Wesseling

Elektronische Dokumentation wird heute in vielen Bereichen verwendet. Unterschiedliche sachliche Gegebenheiten erfordern eine Weiterentwicklung von Merkmalen und Kriterien, die für herkömmliche Aufzeichnungsverfahren geschaffen wurden. Nach einer Einordnung in die Beweismittel der ZPO werden die Eigenschaften herkömmlicher Verfahren dargelegt und den Kriterien gegenübergestellt, die beim Einsatz elektronischer Systeme anzuwenden sind. Als inhaltliches Kriterium sind insbesondere für den Buchführungsbereich die Grundsätze ordnungsmäßiger Datenverarbeitung vorhanden. Derzeit eingesetzte Verfahren berücksichtigen im Regelfall nur Teilaspekte, wie beispielhaft Softwaretestate und Telefaxschreiben gezeigt wird.

I. Elektronische Dokumentation als Beweismittel

1. Anwendungsbereiche

Elektronische Dokumentation wird heute insbesondere von Ärzten und Krankenhäusern und bei der kaufmännischen Buchführung verwendet. Daneben halten Betriebe Produktionsvorgänge zur Beweisführung im Rahmen von Produkt- und Umwelthaftungsverfahren elektronisch fest. Auch Abläufe der Flugüberwachung und Verwaltungsvorgänge werden elektronisch dokumentiert. In streitigen Auseinandersetzungen werden Computerausdrucke vorgelegt, über deren Entstehung keine Angaben gemacht werden, obwohl diese für die Beurteilung der Aussagekraft erforderlich sind.

2. Unterschiede zu herkömmlichen Dokumentationsarten

Während bei der herkömmlichen Dokumentation der Urheber einer Eintragung regelmäßig bereits anhand der Handschrift festgestellt werden kann, sind derartige Zuordnungen bei der elektronischen Erstellung nicht möglich. Ebenso erlauben EDV-Dokumente keine Überprüfung der Reihenfolge von Eintragungen, während diese anhand des fortlaufenden Schriftbildes beispielsweise bei einer herkömmlich geführten Patientendatei gewöhnlich möglich sein wird. Nachträgliche Änderungen von EDV-Dokumenten auch durch Unbefugte sind nicht erkennbar. Vielmehr lassen sich elektronische Dokumentationen im nachhinein gänzlich neu erstellen, ohne daß dies ersichtlich ist. Es stellt sich daher die Frage nach deren Beweiswert in EDV-Verfahren. Hierbei handelt es sich nicht um ein Problem des Datenschutzes. Schutzgegenstand ist dort die Vertraulichkeit von Daten, die bei herkömmlicher Dateierstellung ebenso von Bedeutung ist wie bei EDV-Dokumenten.

3. Einordnung in die Beweismittel der ZPO

a) Begriff der Privaturkunde nach § 416 ZPO

Privaturkunde im Sinne des § 416 ZPO ist die Verkörperung einer Gedankenäußerung in Schriftform. Art und Zweck der Herstellung der Urkunde sind nicht von Bedeutung, dagegen ist die Schriftform für den Begriff konstitutiv. Beweisgegenstand ist der Gedankeninhalt des Schriftstückes. Diesem kommt nur dann Beweiskraft zu, wenn seine Echtheit feststeht. Bei der Unterschrift des Ausstellers oder dessen notariell beglaubigtem Handzeichen erbringen Privaturkunden den vollen Beweis dafür, daß die in ihnen enthaltenen Erklärungen vom Aussteller abgegeben wurden.

Demnach sind Aufzeichnungen auf Datenträgern schon mangels Schriftform keine Urkunden im Sinne der ZPO, bei Ausdrucken fehlt es regelmäßig an der Unterschrift. Ist diese vorhanden, so ist der Urkundscharakter dennoch zweifelhaft. Es wird nämlich eingewandt, daß auch dann keine originäre menschliche Gedankenäußerung vorliege, sondern nur die Tatsache der Eingabe und Programmierung von

Daten nachgewiesen werde. Auch bei der sogenannten „elektronischen Unterschrift“ gegen deren Fälschung es heute bereits weitgehende Sicherheitsvorkehrungen gibt, ist die Urkundseigenschaft derartiger Dokumente bislang nicht anerkannt. Der Urkundsbeweis wird nach § 420 ZPO überdies durch Vorlage des Originals angetreten, die bei der EDV-Dokumentation meist nicht möglich sein wird.

b) Augenscheinsbeweis nach § 371 ZPO

Die „Abnahme“ technischer Aufzeichnungen wird regelmäßig als Augenscheinseinnahme nach § 371 ZPO eingestuft. Beispiele hierfür sind Lochkarten und EDV-geführte Handelsbücher. Das Gericht nimmt bei der Beweisaufnahme Erklärungen, Geräusche oder Bilder wahr. Es darf hierbei einen Sachverständigen hinzuziehen (§372 Abs. 1 ZPO) und kann sich auch eines Augenscheinshelfers bedienen.

Eine Tendenz, technische Aufzeichnungen unter bestimmten Voraussetzungen Urkunden gleichzustellen, ist erkennbar. So kann in automatisierten Mahnverfahren der Mahnantrag auch durch Datenübergabe gestellt werden (§ 690 Abs. 3 ZPO); eine maschinelle Bearbeitung von Anträgen ist zulässig (§ 689 Abs. 1 Satz 2 ZPO). Anstelle der Aktenführung erfolgt in diesen Fällen eine Datenspeicherung, aus der Aktenausdrucke abgerufen werden können (§ 703 b ZPO), wobei der maschinelle Ausdruck auch die vollstreckbare Ausfertigung ersetzt. Ebenso werden BTX-Abfragen und -Bestellungen als Willenserklärung und Telefaxschreiben als wirksame Rechtsmitteleinlegungen betrachtet.

Als Folge dieser Entwicklung wird zunehmend gefordert, den Urkundsbegriff unter Berücksichtigung ausländischer Vorbilder zu ändern bzw. zu ergänzen. So ist nach US-amerikanischem Recht ein Dokument auch dann als „Original“ anzusehen, wenn es lediglich als lesbare Ausdruck vorliegt. Nach englischem Recht ist nicht nur der Ausdruck, sondern das elektronische Dokument selbst „Original“. Die Bezeichnung als Original bedeutet jedoch nicht gleichzeitig, daß dieses Dokument auch förmliche Beweiskraft hat, vielmehr muß es hierfür zusätzlichen Anforderungen genügen.

Eine Neudefinition des Urkunds- und Originalbegriffs allein erscheint demnach zur Lösung des Problems ungeeignet. Vielmehr bleibt unabhängig von der begrifflichen Einordnung zu definieren, unter welchen Voraussetzungen elektronischen Dokumenten förmliche Beweiskraft zuerkannt werden kann. Der wesentliche Unterschied zwischen Urkunden- und Augenscheinsbeweisen liegt nämlich darin, daß Urkunden förmliche Beweiskraft nach §§ 415 ff. ZPO zukommt, während der Augenscheinsbeweis der freien richterlichen Beweiswürdigung nach § 286 ZPO unterliegt.

Insbesondere bei Krankenhäusern und Verwaltungen wird neuerdings eine Vielzahl von Dokumenten in digitaler Form archiviert. Der geringere Beweiswert derartiger Unterlagen insbesondere in Haftungsprozessen zwingt häufig dazu, das Original neben dem EDV-Dokument aufzubewahren. Teilweise sind Aufbewahrungsfristen für Originale auch ausdrücklich vorgesehen. Hier wächst der Druck auf den Gesetzgeber, Regelungen zu schaffen, die elektronischen Dokumenten eine höhere Beweiskraft zuerkennen und deren Voraussetzungen im einzelnen festlegen.

c) Durchführung der Beweisaufnahme

Der Grundsatz der Unmittelbarkeit der Beweisaufnahme (§ 355 Abs. 1 ZPO) gebietet, stets das Beweismittel auszuwählen, das am dichtesten an die zu beweisenden Tatsachen heranführt. Bei Computerausdrucken hat demnach wie bei Urkunden eine Vorlage an Gerichtsstelle, bei Dateisichtgeräten eine Einsichtnahme durch das Gericht am Standort des Terminals zu erfolgen. Regelmäßig werden jedoch Ausdrücke gefertigt und vorgelegt werden, da dies die prozeßökonomischere Lösung darstellt.

Nach § 357 a Abs. 1 ZPO hat jede Partei das Recht, der Beweisaufnahme beizuwohnen. Artikel 103 GG gebietet die Parteioffenheit der Beweisaufnahme auch dann, wenn Geheimhaltungsinteressen einer Partei berührt sind. Es ist jedoch zweifelhaft, ob dies für alle Fallgestaltungen gelten kann, beispielsweise auch für die Zugänglichmachung des Quellcodes gegenüber Konkurrenten bei aufwendiger Softwareprogrammierung. Hier erscheinen weitere Differenzierungen geboten, die nicht Gegenstand dieser Abhandlung sein können.

Die Partei hat die zur Lesbarmachung der Informationen erforderliche Hard- und Software, darüber hinaus auch etwa benötigtes Bedienungspersonal und Know-how zur Verfügung stellen. Bei Verweigerung der Mitwirkung ergeben sich die Rechtsfolgen aus § 230 ZPO, wenn die verweigernde Partei Beweisführer ist, aus den §§ 427, 444 ZPO, wenn sie Gegner des Beweisführers ist.

Für Anwälte fällt bei der Wiedergabe technischer Aufzeichnungen im Rahmen der Augenscheinseinnahme einer Beweisführung nach § 31 Abs. 1 Nr. 3 BRAGO an. Der Ausschluß einer Beweisgebühr bei der Beweisaufnahme durch Urkundenvorlegung (§ 34 Abs. 1 BRAGO) greift hier nicht ein und ist auch nicht entsprechend verwendbar.

4. Ergebnis

Die Beweisführung durch technische Aufzeichnungen ist im Verfahrensrecht bisher unzureichend geregelt. Während den modernen Dokumentationsmethoden durch Einführung entsprechender Vorschriften in der Abgabenordnung (AO) und im Handelsgesetzbuch (HGB) Rechnung getragen wurde, ist eine Anpassung der ZPO-Vorschriften über die Beweisaufnahme bislang nicht erfolgt. Das führt zu Ungeheimheiten mit der Folge, daß beispielsweise bei der Vorlage einer in herkömmlicher Form gefaßten Buchhaltung keine Beweisgebühr entsteht, während dies bei Ausdrucken einer EDV-gestützten Buchhaltung der Fall ist.

II. Beweiskraft elektronischer Dokumentation

Ausgangspunkt der nachfolgenden Darstellung sind herkömmliche Dokumentationsverfahren; diesen werden technische Kriterien gegenübergestellt, die bei der Verwendung von elektronischen Systemen angewendet werden müssen. Inhaltliche Anforderungen für die einzelnen Anwendungsbereiche wie Arztdokumentation und kaufmännische Buchführung werden unter dem Oberbegriff der ordnungsmäßigen Datenverarbeitung exemplarisch genannt.

1. Herkömmliche Aufzeichnungsverfahren

Als herkömmliche Verfahren werden im folgenden handschriftliche Notizen auf Papier oder ähnlichen Unterlagen sowie maschinenschriftliche Aufzeichnungen, die ohne die Verwendung von Rechnern (wie Schreibautomaten oder Speicherschreibmaschinen) angefertigt wurden, bezeichnet.

a) Organisatorische Trennung

Bei der Verwendung herkömmlicher Aufzeichnungsverfahren sind die Bereiche

- Eingabe

- Verarbeitung und
 - Ausgabe (der Ergebnisse)
- organisatorisch voneinander getrennt.

Im Regelfall liegen die Eingabedaten in einer Form vor, die ein Lesen ohne weitere technische Hilfsmittel gestattet. Auf der Basis dieser Informationen wird eine Verarbeitung vorgenommen, die beispielsweise aus einer Addition von Zahlen besteht und organisatorisch und physikalisch von der erfaßten Eingabeinformation getrennt ist. Auch die Gewinnung von Ergebnissen beliebiger Art basiert auf dieser Trennung. Mit vergleichsweise geringem Aufwand (beispielsweise durch organisatorische Maßnahmen) läßt sich sicherstellen, daß die Ausgaben getrennt von den Eingaben niedergelegt werden.

Wesentliches Merkmal ist die Bindung der Informationen an physikalische Materialien, die ohne weitere technische Hilfsmittel erfaßt werden können. Durch die klare Aufteilung der Bereiche ist es mit geringem Aufwand nachvollziehbar, wie einzelne Ausgabeinformationen aus den Eingabeinformationen gewonnen werden konnten; die Einhaltung der Regeln, auf denen die Verarbeitung beruht, kann - auch stichprobenweise - überprüft werden.

b) Ersteller der Dokumentation

Falls die Dokumentation handschriftlich geführt wird, wie es bei Buchführungsunterlagen oder Arztdokumenten der Fall sein kann, besteht eine Identifikationsmöglichkeit des Autors durch die Handschrift. Schon bei Unterschriften ist eine hohe Individualität gegeben, die bei umfangreicheren Aufzeichnungen noch an Aussagekraft gewinnt. Durch eine Analyse der Handschrift ist mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit feststellbar, welche Person die Informationen geschrieben hat. Die aus der handschriftlichen Aufzeichnung von Informationen ableitbare Beweiskraft ist als sehr hoch einzustufen, da eine Zuordnung zu einer anderen Person bei umfangreicheren Texten faktisch ausgeschlossen ist.

c) Reihenfolge von Eintragungen

Bei herkömmlichen Aufzeichnungsverfahren ist zumindest eine Plausibilitätsprüfung durch die Reihenfolge der Eintragungen gegeben. Diese wird dann verstärkt, wenn ursprünglich freigelassene Zwischenräume nicht nachträglich beschrieben werden können; bei Buchführungsunterlagen wird dies durch fortlaufenden Numerierung und Summenbildung bzw. besondere Zeichen (Buchhalternasen / Vakatzichen) ausgeschlossen.

Die Aussagekraft derartiger Aufzeichnungen wird weiter erhöht, wenn gebundene Bücher für die Führung verwendet werden, da hiermit die Veränderung der Seitenzahl beträchtlich erschwert wird. Die Änderung der Reihenfolge würde hierbei eine Neuanfertigung des gesamten Werkes erfordern, was mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist, der in vielen Fällen nicht erbracht werden kann. Auch bei Unterlagen, die mit Schreibmaschine erstellt wurden, ist noch eine Prüfung der Reihenfolge möglich; der Umfang hängt davon ab, welches Ausmaß an manueller Tätigkeit für eine Neuerstellung erforderlich ist. Als flankierendes Instrument kommt die Möglichkeit der Altersbestimmung (siehe e) in Betracht.

d) Modifikationsmöglichkeiten

Durch die Wahl geeigneter Organisationsformen kann bei herkömmlichen Aufzeichnungen sichergestellt werden, daß nicht feststellbare Löschungen bzw. Modifikationen ausgeschlossen sind. Beispielhaft wird auf Buchhaltungsunterlagen verwiesen: Dort wird durch die Verwendung gebundener Bücher und urkundenechter Aufzeichnungsverfahren Vorsorge getroffen, daß Manipulationen (beispielsweise Radieren des Buchhalters) nachträglich erkannt werden können.

e) Altersbestimmung

Bei der Verwendung bestimmter Aufzeichnungsverfahren ist es durch analytische Methoden vergleichsweise einfach möglich, eine genaue Altersbestimmung vorzunehmen. Hierdurch kann das absolute Alter von Aufzeichnungen festgestellt werden.

2. Informationstechnische Betrachtung

Die Beweisführung bei der Verwendung elektronischer Systeme folgt anderen Regeln, da nicht alle im vorhergehenden Abschnitt genannten Kriterien auf elektronische Dokumente übertragbar sind. So kann eine personengebundene Handschrift nicht ohne zusätzliche Einrichtungen auf elektronischen Systemen hergestellt werden. Auch der Bezug der Ausgabedaten zu den Eingabeinformationen wird in Rechnersystemen kaum deutlich; bei größeren Systemen kann er vom Anwender mangels ausreichender Systemkenntnisse und -rechte in keiner Weise hergestellt werden. Hier sind prüfbare und manipulationssichere Verfahrensregelungen Voraussetzungen für einen Nachvollzug der Verarbeitung. Daneben sind die Verarbeitungsregeln selbst schwer greifbar, da ihre Komplexität und mögliche Seiteneffekte (z. B. Beziehungen zwischen Haupt- und Nebenbüchern) nicht sofort deutlich werden. Im folgenden werden informationstechnische Kriterien genannt, deren Erfüllung wesentlicher Bestandteil der Beweisführung ist.

a) Identifikation und Authentisierung

Als Identifikation wird ein Vorgang bezeichnet, mit dem sich ein Benutzer gegenüber einer Datenverarbeitungsanlage ausweist. Dies kann beispielsweise durch Eingabe einer Benutzerkennung und eines Schlüsselwortes (Paßwortes) geschehen. Ob fehlerhafte Identifikationen möglich sind, hängt in starkem Maße von der technischen Realisierung ab; nach dem heutigen Stand der Technik können diese nicht immer ausgeschlossen werden: So kann bei der Wahl einfacher Schlüsselwörter nicht sichergestellt werden, daß nur die berechnete Person auf den Rechner zugreift; auch andere Personen können durch Verwendung dieses Wortes dem Rechner eine falsche Identität vorspiegeln.

Daher ist eine Authentisierung erforderlich, die die Identifikation bestätigt. Die Authentisierung wird durch die Lieferung von Informationen an das System durchgeführt, die fest mit dem betreffenden Benutzer verknüpft sind. Dies können unter anderem Chip- und Codekarten, aber auch biometrische Verfahren wie die Untersuchung der Retina (Netzhaut) oder die Prüfung von Fingerabdrücken sein. Im Rahmen der elektronischen Kommunikation wird die Verwendung von Schlüsselsystemen zur Abgabe elektronischer Willenserklärungen diskutiert. Dabei wird herausgestellt, daß das mathematische Verfahren sicherer als die heutige manuelle Unterschrift ist, wenn Probleme bei der Umsetzung außer Betracht bleiben.

b) Integrität der Daten

Als Datenintegrität wird die Tatsache bezeichnet, daß Daten die ihnen zugrundeliegenden Informationen als Abbildungen von Realität richtig wiedergeben. Es ist zu gewährleisten, daß die Daten nach ihrer ursprünglichen Aufzeichnung nicht mehr unprotokolliert verändert bzw. gelöscht werden können (s. Abschnitt d „Protokollierung“).

Die längerfristige Speicherung von Daten erfolgt derzeit auf magnetischen bzw. optischen Datenträgern. Der Zeitpunkt des Aufbringens, Änderns oder Löschens von Informationen ist durch eine reine Analyse des Datenträgers faktisch nicht festzustellen. Es sind zusätzliche Maßnahmen notwendig, um die Datenintegrität - zumindest für Teilzeiträume - sicherzustellen. Dies kann durch Wahl geeigneter Datenträger (nur einmal beschreibbare optische Platten - WORMs) oder durch programmtechnische Mechanismen gewährleistet werden, die eine Modifikation als solche erkennbar machen und somit den Verlust der Integrität deutlich zeigen. So kann durch ein Prüfsummenkonzept, das dem Benutzer nicht offengelegt wird, eine Modifikation von gespeicherten Daten wirksam unterbunden bzw. in erheblichem Maße erschwert werden. Auch ein nicht bekanntgegebener Verschlüsselungsmechanismus verhindert, daß gespeicherte Daten unerkannt modifiziert werden können. Daneben kommen organisatorische Maßnahmen wie die Datenhinterlegung in Betracht, die für den Zeitraum der Aufbewahrung Veränderungen ausschließen kann.

Ferner ist die Dauerhaftigkeit der Daten bei der Speicherung sicherzustellen; magnetische Datenträger unterliegen einem Alterungsprozeß, der dazu führen kann, daß Daten nach einer gewissen Zeit nicht mehr vollständig gelesen werden können. So können beispielsweise bei Videokassetten, die auch zur Speicherung von Daten verwendet werden, unter ungünstigen Bedingungen bereits nach zwei bis drei Jahren Datenverluste eintreten. Daher sind geeignete Maßnahmen (regelmäßiges Umkopieren) zur Erhaltung einer dauerhaften Speicherung notwendig. Bei einem Systemwechsel ist zu berücksichtigen, daß auch die alten Daten lesbar bzw. verarbeitbar bleiben müssen.

c) Zeitpunkte

Da - wie bereits im vorhergehenden Abschnitt aufgeführt - die Zeitpunkte des Anlegens, des Modifizierens bzw. Löschens von Daten nicht aus dem Datenträger selbst ersichtlich sind, werden Verfahren benötigt, die diese Zeitpunkte mit einer gewissen Sicherheit erkennen lassen.

Beispielsweise wird bei Personalcomputern für derartige Angaben im Regelfall auf die Systemzeit zugegriffen, die mit minimalen Betriebssystemkenntnissen beliebig verändert werden kann. Darüber hinaus wird in unverschlüsselter Form auf den Datenträgern für jede Datei ein Erstellungsdatum und der letzte Zugriff gespeichert. Es existieren eine Reihe von Hilfsprogrammen, die es ohne eingehendere Systemkenntnisse ermöglichen, diese Informationen beliebig zu ändern. Angaben, die mit Hilfe dieser Verfahren gewonnen werden, kann infolgedessen im Streitfall keine Beweiskraft zugemessen werden.

d) Protokollierung

Als Protokollierung wird die Dokumentation wichtiger Bearbeitungsschritte bezeichnet. Hierzu gehören die Anmeldung eines Benutzers, die Speicherung einer bestimmten Information oder der Abschluß eines Vorgangs. Die Protokollierung ermöglicht die Nachprüfung von Sachverhalten und unterstützt die Beweisführung.

Die Speicherung und Wiedergabe (insbesondere auf Ausdrucken) dieser Informationen unterliegt den gleichen Anforderungen wie die originären Systemdaten; jede Veränderung dieser Daten beeinträchtigt unmittelbar die gesamte Beweisführung.

e) Prüfbarkeit

Prüfungen stellen die Ordnungsmäßigkeit der vorgenommenen Informationsverarbeitung sicher. Die Trennung von Eingabe, Verarbeitung und Ausgabe bietet bei herkömmlichen Verfahren einen klaren Ausgangspunkt für die Durchführung von Prüfungen. Bei der Verwendung elektronischer Systeme ist daher der gesamte Komplex des Verfahrens zu analysieren: Es werden sowohl organisatorische Anforderungen (Zulässigkeit von Verarbeitungsabläufen, verwendete Datenträger) als auch das Verfahren an sich (Verhinderung von unerlaubten Verarbeitungen in Abhängigkeit von bestimmten Eingabewerten) erfaßt. Ferner gehören hierzu Anforderungen an die Dokumentation der Verfahrens, um eine Prüfung überhaupt zu ermöglichen. Es müssen auch Lösungsmöglichkeiten für den Fall bestehen, daß unvorhergesehene Ausnahmesituationen auftreten, die eine individuelle Reaktion erfordern (z. B. Hardwaredefekt).

f) Richtigkeit

Als Richtigkeit wird eine Verarbeitung der elektronisch geführten Dokumentation bezeichnet, die der Spezifikation des Verfahrens entspricht und frei von Verfälschungen ist. So ist in einer Buchführung die zutreffende sachliche Zuordnung einer Buchung zum Konto eine Anforderung an die Richtigkeit des Verfahrens. Auch der Ausdruck einer Informationsteilmenge nach bestimmten Kriterien (wie die Patientenliste in einer Arztdokumentation) ist nur richtig im Sinne dieses Begriffes, wenn er alle gespeicherten Patienten vollständig wiedergibt. Die Anforderung „Vollständigkeit“ ist implizierter Bestandteil der Richtigkeit, da eine unvollständige Verarbeitung im Regelfall der Systemspezifikation widerspricht.

3. Grundsatz der Ordnungsmäßigkeit der Datenverarbeitung

Der Grundsatz der Ordnungsmäßigkeit der Datenverarbeitung ist bislang nicht durchgängig, sondern lediglich in einzelnen Gesetzen geregelt. Entsprechende Vorschriften finden sich in den §§ 238, 239 HGB, § 22 UStG, §§ 56, 63 UStDV, §§ 145, 147 AO und sinngemäß in § 9 BDSG. Für einzelne Anwendungsgebiete werden im folgenden die inhaltlichen Anforderungen dargestellt, die für eine ordnungsmäßige Datenverarbeitung als Grundlage der Beweisführung erfüllt werden müssen.

a) Buchführung

Gemäß §§ 238 Abs. 1 Satz 1, 239 Abs. 4 Satz 1 HGB müssen die Bücher eines Kaufmanns den „Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung (GoB)“ entsprechen. Die wichtigsten bisher geltenden GoB sind in Abschnitt 29 der Einkommensteuer-Richtlinien 1975 (EStR 1975) dargestellt. Danach müssen die Aufzeichnungen „vollständig, richtig, zeitgerecht und geordnet“ sein. Die einzelnen Anforderungen richten sich nach den Grundsätzen ordnungsmäßiger Speicherbuchführung (GoS) vom 5.7.1978 (BStBl. I Seite 250). Dieser Erlaß stellt eine Rechtsverordnung auf der Grundlage der §§ 146 Abs. 5 und 147 Abs. 2 AO dar und ergänzt die Grundsätze ordnungsmäßiger Buch-

führung für den Bereich der elektronischen Datenverarbeitung. Eine Reihe von maßgeblichen fachlichen Stellungnahmen interpretiert und konkretisiert diese Anforderungen. Hervorzuheben ist die Stellungnahme „Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung bei computergestützten Verfahren und deren Prüfung“, die die in der GoB genannten Grundsätze für eine elektronische Verarbeitung weiterentwickelt. Im Bereich der elektronischen Datenübertragung zwischen Datenverarbeitungsanlagen (EDI - Electronic Data Interchange) beabsichtigt die *EG-Kommission*, durch vertraglich vereinbarte Klauseln den EDI-Nachrichten einen ähnlichen Beweiswert wie Papierdokumenten zu verschaffen. Allerdings soll die uneingeschränkte Anerkennung von bestimmten Sicherheitsvorkehrungen abhängig gemacht werden.

b) Arztdokumentation

Für den medizinischen Bereich sehen die §§ 284 - 305 SGB V die Zulässigkeit der elektronischen Erfassung, Verarbeitung und Übermittlung von Patientendaten vor. Datenaustausch und Datenschutz sind in diesen Vorschriften im einzelnen geregelt, nicht jedoch die Anforderungen an eine ordnungsmäßige Datenverarbeitung. Mangels ausdrücklicher gesetzlicher Regelungen wird man daher wegen eines im übrigen vergleichbaren Schutzbedürfnisses die für EDV-Buchführung geltenden Bestimmungen auf die ärztliche Dokumentation entsprechend anwenden müssen.

III. Beweisführung mit elektronischer Dokumentation

1. Kritik an eingesetzten Verfahren

In vielen Fällen wird eine isolierte Betrachtung einzelner Merkmale vorgenommen und dabei die organisatorische und technische Einbindung in das Gesamtsystem vernachlässigt. Die Beweisführung stützt sich auf einzelne Beweisantritte, deren Bedeutung überschätzt und nicht im ganzheitlichen Rahmen gesehen wird.

So schließt eine Prüfung nach der FAMA-Stellungnahme zur Erlangung eines für die Software allgemein gültigen Testats nicht aus, daß eine gezielt nicht ordnungsmäßige Datenverarbeitung in Abhängigkeit von bestimmten Eingabewerten vorgenommen wird, die weder durch Ein-Ausgabe-Prüfungen noch durch Plausibilitätskontrollen erkennbar ist. Darunter fallen unter anderem gezielte Manipulationen durch den Softwareentwickler. Diese Möglichkeit stellt eine Bedrohung für die Buchführung von Unternehmen, aber auch bei der Prüfung durch Finanzämter dar. Sie ließe sich nur ausschließlich durch weitgehende Überprüfungen, die von Sachverständigen und Wirtschaftsprüfern vorzunehmen wären und auch die Untersuchung des Quellcodes umfassen müßten, die bisher in der Regel unterbleibt.

Ebenso muß die Echtheit von Telefaxschreibern unter dem Gesichtspunkt geprüft werden, daß es sich um einen mechanisch hergestellten Ausdruck handelt. Darüber hinaus haben die Absenderangaben nur eine geringe Aussagekraft, da sie mit minimalem Aufwand modifiziert und manipuliert werden können.

2. Rechtliche Folgen

EDV-gestützte Dokumentation, die den oben dargelegten Anforderungen gerecht wird, hat die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit bis zum Beweis des Gegenteils für sich. Hingegen ist die Dokumentation ohne jeden Beweiswert, falls nicht die geforderten Kriterien Bestandteile der Software sind, mit deren Hilfe die Dokumentation erstellt wurde. Benutzt der Anwender ein Programm, da nicht manipulationssicher ist, so hat er dadurch ein Aufklärungshindernis geschaffen und Beweisvereitelung begangen. Das gilt jedenfalls bei fahrlässigem oder vorsätzlichem Verhalten. Prozessuale Folge ist die Beweiserleichterung für den Gegner, die bis zur Beweislastumkehr gehen kann.

Als Beweismittel ist somit nur die mit einer Software erstellte Dokumentation geeignet, die den Grundsätzen ordnungsmäßiger Datenverarbeitung entspricht und technisch die hierdurch geforderten Kriterien aufweist. Dies gilt nicht nur in Zivilprozessen wie bei der Arzthaftung, sondern auch in steuerrechtlichen Verfahren, in denen das Fehlschlagen der Beweisführung eine für den Steuerpflichtigen nachteilige Steuerschätzung zur Folge haben kann.

4. Thema: Die Selbstanzeige des Arztes

Prof. Dr. E. Klingmüller, Köln

Manuskript liegt nicht vor.
