

Frühchen und Recht – Lebenserhaltung um jeden Preis?

Was früher als undenkbar galt, ist zwischenzeitlich durch den Einsatz modernster technischer Geräte, hochqualifizierten Neonatologen sowie der Einrichtung von Perinatalzentren nahezu klinischer Alltag geworden. Erfolgreiche Frühgeburten bei Geburtsgewichten von 500 Gramm und darunter sind keine Seltenheit mehr. Während noch in den 1960er-Jahren Frühgeborenen erst ab einem Geburtsgewicht von 2 000 Gramm signifikante Überlebenschancen eingeräumt wurden, und bis in die 1990er-Jahre hinein die Grenze von 1 000 Gramm als Faustregel galt, konnte diese insbesondere in den letzten Jahren zunehmend herabgesetzt werden. Die medizinischen Möglichkeiten heute gehen dabei mit einer komplexer werdenden rechtlichen und ethischen Diskussion um die Fragen des Zulässigen einher: Wie lauten gängige Regeln? Geht es um Leben retten um jeden Preis? Welches Verständnis von Menschenleben liegt hier aus rechtlicher Sicht zugrunde, und kann man für den Erhalt des Lebens auch zu viel des Guten tun?

In wenigen Feldern ist der medizinische Fortschritt so beachtlich wie in der Begleitung von Frühgeborenen. Dies gerade auch im Hinblick auf die Tatsache, dass 500 Gramm bei einem Neugeborenen nur circa einem Siebtel des normalen Geburtsgewichts (nach ICD 10: 2 500 bis 4 499 Gramm) entsprechen. Das bedeutet auch, dass die kontinuierlich verbesserten medizinischen Möglichkeiten zur Lebenserhaltung von Frühgeborenen veränderte rechtliche Anforderungen an die Perinatalzentren stellen. Im Folgenden soll zu den aufgeworfenen Fragen eine kleine Hilfestellung für klinisch tätige Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Niedergelassene ohne Anspruch auf Vollständigkeit hinsichtlich der Komplexität des Themas gegeben werden.

Die klinische Problemstellung

Die ärztliche Entscheidung über Umfang und Einsatz neonatologischer Intensivmaßnahmen erfolgt in der Praxis im Behandlungsteam unter intensiver Einbindung der Kindseltern in die Entscheidungsfindung. Während bei Notfallpatienten außerhalb der Neuge-

borenenperiode, mit Ausnahme eines bekannten entgegenstehenden Patientenwillens, in der Regel alle medizinisch möglichen Behandlungsmethoden eingesetzt werden, muss sich der Arzt bei der Intensivbehandlung von extrem unreifen Frühgeborenen ausgiebig mit der Frage beschäftigen, ob auch alle technischen Möglichkeiten wirklich ausgeschöpft werden sollen. Der Erwägung liegt zugrunde, dass Schädigungen das Neugeborene ab Beginn seines Lebens belasten und damit länger als irgendwo sonst in der Medizin ihre Wirkungen entfalten.

Abstrakt generelle Entscheidungshilfen wären wünschenswert, sind jedoch nur bedingt geeignet. Vielmehr ist anhand einer einzelfallbezogenen Nutzenrisikoabwägung und unter Berücksichtigung der fallbezogenen Krankheitsparameter des Frühgeborenen zu entscheiden, ob überhaupt neonatologische Intensivmaßnahmen eingeleitet werden sollen. Und wenn ja, welchen Umfangs. Neben den medizinischen Faktoren wie etwa Geburtsgewicht, Gestationsalter und Entwicklungsstand des Frühgeborenen sind hierbei auch Überlegungen dazu anzustellen, welcher Lebenswert dem Frühgeborenen in seinem künftigen Leben zuteil kommen würde (Stichwort Krankheits- und Entwicklungsprognose). Das größte Problem ist hierbei häufig eine große Unsicherheit über die kindliche Prognose.

Einen absoluten Lebensschutz um jeden Preis kann und darf es hierbei nicht geben. Dies würde insbesondere auch den Wertungen zuwider laufen, welche Rechtsprechung und Gesetzgeber in jüngster Vergangenheit zur Patientenautonomie (Patientenverfügungen) aufgestellt haben. Patientenautonomie und Selbstbestimmung wurden hierbei klar gestärkt. Nun besteht bei Frühgeborenen freilich das Problem, dass sie noch keinen eigenen Willen bilden oder kund tun können. Insoweit ist auf den mutmaßlichen Willen des Frühgeborenen und den erklärten Willen der Kindseltern abzustellen. Die klinische Praxis ist heutzutage meist zweigeteilt. Ein Großteil der befassten Ärzte ergreift beim Erstkontakt keine medizinischen Maßnahmen (hands off-Strategie). Ein anderer

Teil behandelt zunächst unbedingt und vertagt die zu treffende Entscheidung bis zur Absicherung von Diagnose und Prognose. Die ethische Diskussion hierzu verläuft im Wesentlichen parallel zu den ethischen Fragen, welche der jüngsten Diskussion zur Präimplantationsdiagnostik zugrunde liegen.

Rechtliche Grundlagen

Grundsätzlich zu unterscheiden ist zwischen dem strafrechtlichen und zivilrechtlichen Lebensschutz. Die Rechtsfähigkeit eines Menschen beginnt ab Vollendung der Geburt (§ 1 BGB). Vollendet ist die Geburt mit dem vollständigen Austritt des Neugeborenen aus dem Mutterleib. Die Lösung der Nabelschnur ist hierfür nicht erforderlich. Auf die Lebensfähigkeit des Neugeborenen kommt es nicht an. Auch das Vorliegen von Missbildungen ist für den Beginn der zivilrechtlichen Rechtsfähigkeit ohne Relevanz. Die erzeugte, aber noch ungeborene Leibesfrucht (Naszi-turus) ist zivilrechtlich nicht rechtsfähig, wird aber durch eine Reihe an Rechtsvorschriften geschützt.

Der strafrechtliche Lebensschutz setzt früher an als die Rechtsfähigkeit nach Zivilrecht und beginnt mit dem Zeitpunkt der Erzeugung, bei natürlichem biologischem Verlauf also mit Einnistung der Eizelle in der Gebärmutter. Bei künstlichen Befruchtungen ist die extrakorporale Verschmelzung der Keimzellen maßgeblich. Die embryonale Entwicklung beginnt mit dem Zygotenstadium (Eizelle mit embryonalem Genom). In den ersten 24 Stunden nach Entstehung des embryonalen Genoms gilt die befruchtete Eizelle als entwicklungsfähig und damit als Embryo.

Die rechtlich relevanten Fragestellungen bei Reproduktionsverfahren sind mehr oder weniger abschließend im Embryonenschutzgesetz (ESchG) geregelt. Hier bestimmt der Gesetzgeber den Zeitpunkt, ab dem rechtlicher Lebensschutz einsetzt, bewusst früh, um diesen effektiv zu gestalten. Er verpflichtet aber weder den Arzt noch die Kindseltern, den Embryo zu erhalten und ihn zum Zwecke seiner Erhaltung auf die Mutter zu übertragen. Verboten ist lediglich dessen missbräuchliche Verwendung (§ 2 ESchG). Es gibt in diesem Bereich damit keinen absoluten Lebensschutz dahingehend, dass ein Embryo außerhalb des Mutterleibes erhalten werden muss.

Der strafrechtliche Schutz des Frühgeborenen

Die lebenserhaltende Behandlungspflicht ist korrespondierendes Gegenstück zum Tötungsverbot. Geborenes menschliches Leben wird durch die in §§ 211–216, 222 Strafgesetzbuch (StGB) normierten Tötungsdelikte strafrechtlich geschützt. Wo es um Fragen des Schwangerschaftsabbruches geht, ist § 218 StGB einschlägig. Unter § 218 StGB fallen hingegen keine Handlungen vor Abschluss der Einnistung der

befruchteten Eizelle in der Gebärmutter (Nidation). Dessen zeitlicher Anwendungsbereich endet zudem dort, wo eine Geburt bereits vollendet ist. Darüber hinaus obliegen dem Arzt allgemeinverbindliche Handlungspflichten, wie beispielsweise das Gebot zur allgemeinen Hilfeleistung, resultierend aus § 323 c StGB (unterlassene Hilfeleistung).

Um als Mensch strafrechtlichen Lebensschutz zu genießen, muss das Frühgeborene unabhängig von der Mutter gelebt haben. Eine Fehlgeburt kann kein taugliches Tötungsobjekt sein. Eine weitergehende Lebensfähigkeit ist hingegen nicht erforderlich. Es kommt für den Beginn des strafrechtlichen Lebensschutzes auch nicht auf einen bestimmten Reifegrad des Frühgeborenen an. Damit stehen Frühgeborene, gleichgültig in welcher Schwangerschaftswoche die Geburt erfolgt und unabhängig von der Frage, ob schwerste Schädigungen vorliegen, dem Grunde nach unter dem Schutz der strafrechtlichen Tötungsdelikte. Dieser strafrechtliche Lebensschutz endet mit dem irreversiblen Funktionsausfall von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm des Frühgeborenen. Jedoch gilt das derzeit gültige Konzept zur Hirntodfeststellung nur für reife Neugeborene. Bei Frühgeborenen gibt es hingegen noch keine geeignete Methode, die es erlaubt, den Hirntod einwandfrei feststellen zu können.

Ausschlaggebend für die strafrechtliche Bewertung ärztlicher Heileingriffe ist stets die Einwilligung des Patienten. Nachdem ein Frühgeborenes nicht einwilligungsfähig ist, wäre vorzugsweise auf den erklärten Willen der Kindseltern abzustellen, sofern die Behandlungssituation eine Einbeziehung der Kindseltern in die Entscheidungsfindung überhaupt zulässt. Problematische rechtliche Konstellationen ergeben sich meist dort, wo Intensivmaßnahmen gegen den erklärten Willen der Kindseltern eingeleitet oder aufrechterhalten werden. Weiterhin entstehen die rechtlichen Probleme in der Praxis dort, wo die Kindseltern das vollständige Repertoire des medizinisch Möglichen wünschen, die behandelnden Ärzte hingegen derartige Maßnahmen als nicht erfolgversprechend oder sinnvoll ansehen. Nicht zu unterschätzen ist zudem die Konstellation missglückter Spätabtreibungen mit der Folge „unerwünschter“, unterentwickelter Frühgeborener.

Handlungsempfehlungen und Leitlinien

Jede medizinische Maßnahme muss stets auch indiziert sein. Es muss also immer ein Grund vorliegen, der die beabsichtigte Behandlungsmaßnahme rechtfertigt. Ausgehend von einer sorgfältig erhobenen Diagnose ist eine Prognose darüber anzustellen, wie effektiv sich eine Behandlungsmaßnahme auf den Zustand des Frühgeborenen auswirken wird, und wie der weitere Krankheitsverlauf zu bewerten ist. Dem Grunde nach gibt es danach vier mögliche Hand-

lungsmaximen. Gangbar ist zum einen eine Strategie der Lebenserhaltung um jeden Preis, wie vorrangig in den USA praktiziert („wait until certainty“). Um einen vorzeitigen Tod des Frühgeborenen aufgrund eines Prognoseirrtums auszuschließen, wird dieses dort solange maximal intensivmedizinisch behandelt, bis nahezu Gewissheit über den Tod oder ein irreversibles Koma besteht.

In Dänemark, der Schweiz und Schweden wird ein hierzu völlig konträres Konzept verfolgt. Ausgehend von abstrakten statistischen Aussagen zur Überlebens- und Schadenswahrscheinlichkeit wird dort eine Behandlungsgrenze gesetzt, unterhalb derer das Frühgeborene nicht lebenserhaltend therapiert wird („statistical strategy“). Dem zugrunde liegt der Wunsch, ein extrem unreifes Frühgeborenes nicht irrig bis in den Tod zu quälen oder in ein lebensunwürdiges Leben zu zwingen. Eine weitere mögliche Handlungsvariante ist die „individualized prognostic strategy“, wie sie vorrangig in Großbritannien praktiziert wird. Dort ist unter Berücksichtigung relevanter statistischer Daten auch die ärztliche Einschätzung der individuellen Reife und Vitalität des Frühgeborenen ausschlaggebend. Nach diesem Konzept wird keine abstrakte Vorentscheidung über die Behandlung getroffen. Vielmehr werden intensivmedizinische Maßnahmen zunächst stets ergriffen, wenn neue Erkenntnisse vorliegen, die Gebotenheit der Weiterbehandlung wird jedoch im Einzelfall immer wieder hinterfragt.

Die vierte Variante ist der goldene Mittelweg, Grundlage der Indikationsstellung ist dabei stets die Behandlungswürdigkeit. Eine gezielte Verkürzung des Lebens eines Neugeborenen ist hingegen unzulässig. Der Arzt muss jedoch nicht immer den ganzen Umfang der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ausschöpfen: Es gilt das Prinzip der verantwortungsvollen Einzelfallentscheidung nach sorgfältiger Abwägung. Weitergehende Entscheidungshilfen hierzu bieten auch die Leitlinien und Empfehlungen der medizinischen und interdisziplinären Fachgesellschaften. Zu nennen sind hier die Einbecker Empfehlungen der DGMR zu den Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugebo-

renen, welche 1986 erlassen und 1992 grundlegend überarbeitet wurden.

Fazit für die Praxis

Mit Spannung sollten hierzu die weiteren Entwicklungen in der deutschen Kliniklandschaft beobachtet werden. Die Zukunft wird zeigen, ob es zu einer Zentralisierung einiger weniger hochspezialisierter Perinatalzentren kommen wird oder die bislang bestehende wohnortnahe Versorgung beibehalten bleibt. Dem liegt die Mindestmengendiskussion zugrunde. Nach bisheriger Rechtslage mussten (seit 1. Januar 2010) Level 1-Perinatalzentren, welche zur Versorgung von Frühgeborenen mit einer Reife von <1250 Gramm und/oder <29 + 0 SSW zugelassen sind, 14 Behandlungsfälle jährlich vorweisen, um weiterhin Früh- und Neugeborene versorgen zu dürfen. Durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), Berlin, vom 17. Juni 2011 wurde diese Mindestmenge mit Wirkung zum 01. Januar 2011 auf 30 Behandlungsfälle pro Jahr erhöht. Nachdem ein Wegfall dieses Behandlungslevels unter Geltung der DRG-Bedingungen (Diagnose Related Groups) in Deutschland zu einem immensen wirtschaftlichen Verlust kleinerer Zentren führen würde, haben 30 Kliniken gegen diesen Beschluss des GBA geklagt und zugleich Einstweilige Rechtsschutzanträge eingereicht. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg hat daraufhin am 26. Januar 2011 den Beschluss des GBA vorläufig gekippt, da kausale Zusammenhänge zwischen Leistungsmengen und Leistungsqualität im Bereich der Versorgung Frühgeborener nicht nachgewiesen seien (Beschluss des 7. LSG Senats vom 26. Januar 2011, L 7 KA 79/ 10 KL ER; erstinstanzlich). Weitergehende Entscheidungen der Gerichte hierzu müssen abgewartet werden.

*Johannes Dauderer, München
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Strafrecht
dauderer@rpmed.de*

www.rpmed.de

Impressum:

Ratajczak & Partner, Rechtsanwälte
Posener Str. 1, 70165 Sindelfingen
AG Stuttgart (PR 240005), Sitz Sindelfingen
USt-Ident-Nr.: DE145149760

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Dr. Detlef Gurgel

E-Mail der Redaktion: redaktion@rpmed.de

Die Mitteilungen dieses Newsletters enthalten allgemeine Informationen zu rechtlichen Themen. Eine rechtliche Beratung im Einzelfall können sie nicht ersetzen. Für die Richtigkeit der Information übernehmen wir keine Haftung.