

mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent lebendig ist und mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent tot.

Daran schließen sich mannigfaltige Probleme an, wie etwa, wenn man die Kiste öffnet und den Tod der Katze feststellt, hat man dann die 50 Prozent Lebenswahrscheinlichkeit der Katze nur durch das Beobachten vernichtet?

Hier ist aber ein anderer Aspekt wichtig: Das Prinzip von Schrödingers Katze gilt für die Gesundheit jedes Menschen. Wir wissen nicht, ob wir gesund sind oder nicht. Uns unterscheidet nur, dass die 25-jährige mit der genetischen Veranlagung ein (deutlich) größeres Stück Radium mit einer größeren Zerfallswahrscheinlichkeit mit in ihrer Kiste hat. Betrachtet man nicht die Dickdarmerkrankung isoliert, handelt es sich nur um einen quantitativen Unterschied. Dies kann allerdings auch zu einem qualitativen Unterschied führen. Auch wenn es keinen festen Grenzwert gibt, wird niemand bezweifeln, dass ein Baum allein kein Wald ist, Tausende von Bäumen dagegen schon.

Zur Frage der Behandlungsbedürftigkeit: Im vorletzten Fall war vom Alter und den damit verbundenen Beschwerden die Rede. Vielleicht kann man von dort eine Redensart übernehmen und abwandeln: „Jeder ist so krank, wie er sich fühlt.“

In letzter Zeit war viel von Hypochondrie in den Medien zu sehen, zu hören und zu lesen. Selbst wenn kein organisches Korrelat vorliegt, kann die Sorge Krankheitswert bekommen. Ob im vorliegenden Fall ein organisches Korrelat vorliegt, weiß man nicht, aber immerhin besteht die berechtigte Befürchtung. Inwiefern es eine Behandlung gibt, welche diese Befürchtung zerstreuen kann, ist eine andere Frage.

Anmerkung

¹ Zitiert nach Merö, Laszlo: Die Logik der Unvernunft. Reinbek 2000.

8. Fall: Grenzen der Behandlungspflichtigkeit bei HIV-Patient im Stadium CDC IV B

Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen 36 Jahre alten HIV-positiven Patienten im Stadium CDC IV B. Es besteht der Zustand nach dreimaliger Pneumocystis Carinii-Pneumonie, außerdem bestehen Kaposi-Sarkome der Haut und des Darmes, Blutungen abanal und eine erneute Pneumonie.

Bei Aufnahme bestehen Temperaturen $> 40^{\circ}\text{C}$, schwerste Dyspnoe in Ruhe, pCO_2 in Ruhe 64 Prozent, Kachexie mit 42 kg bei 182 cm Körpergröße, der Patient ist adynam, ansprechbar, jedoch schwerst ateminsuffizient. Der Patient ist intensivpflichtig!

Er wird stationär aus einem auswärtigen Krankenhaus eingewiesen zur weiteren Behandlung.

Therapieoptionen:

1. Aufnahme auf Intensivstation zur Intubation und weiteren Diagnostik und Therapie? Die Chance einer erfolgreichen Therapie liegt unter 20 Prozent (vierte Episode einer Pneumocystis carinii-Pneumonie!).
2. Aufnahme auf Infektionsstation zur symptomatischen Therapie mit hoch dosierter Gabe von Cotrimoxazol und Cortison, die Überlebenschance wegen der Ateminsuffizienz liegt unter 10–15 Prozent!
3. Der Lebensgefährte versucht die intensiv-medizinische Behandlung zu erzwingen!

Fragen zur Diskussion:

1. Wo sind die Grenzen der Behandlungspflicht bei geringen Erfolgsaussichten und jungen Patienten?
2. Können Angehörige eine Maximaltherapie erzwingen?

Diehl

1. Die Aufnahme auf die Intensivstation sollte nicht mehr erfolgen, da der Patient mit einer dritten Episode einer Pneumocystis Carinii-Infektion der Lunge dort sofort intubiert und künstlich beatmet werden müsste, aber mit aller Wahrscheinlichkeit (> 95 Prozent) nicht mehr von der künstlichen Beatmung abkommen könnte. Außerdem bestehen mehrere weitere lebensbedrohende Komplikationen und Manifestationen seiner HIV-Erkrankung: Kaposi-Sarkome des Darmes mit unstillbaren Blutungen, schwerste lebensgefährdende Kachexie mit der Notwendigkeit der künstlichen parenteralen Ernährung.

2. Die beste und für die Würde des Patienten sinnvollste Maßnahme, die mit dem Lebenspartner abgestimmt werden sollte, ist die Aufnahme auf die Infektionsstation und die Einleitung einer symptomatischen Therapie: sofortige Sauerstoffgabe, hochdosierte Cotrimoxazol-Trimetoprim-Infusionen, intravenöse Cortisongaben in ausreichender Dosierung und Sedierung des Patienten.

3. Der Lebensgefährte ist nach meiner Auffassung nicht berechtigt die Intensivmaßnahme zu erzwingen, er hat jedoch Anspruch darauf, dass ihm die Ärzte das vorgeschlagene Procedere genau erklären, um es zu verstehen und vielleicht sogar nachzuvollziehen.

Mieth

Im Mittelpunkt der Bemühungen steht hier das Gespräch. Der Patient ist ja ansprechbar, der Lebensgefährte ist erreichbar, und er ist in das Gespräch nach meiner Ansicht auf die eine oder andere kluge Weise mit einzubeziehen. In diesem Zusammenhang ist die Grundnorm des „informed consent“, der informierten Einwilligung, entscheidend.

Das heißt mit anderen Worten, ich würde das weitere Vorgehen von dem Gesprächsergebnis und letztlich damit aber auch von der Entscheidung des Patienten abhängig machen. Denn im Augenblick kann ich keine klare Entscheidung sehen. Selbst wenn die Wahrscheinlichkeit einer Therapie sehr gering ist, kann ich nicht (mit welchen Gründen?) verbieten, dafür zu optieren. Das müssten Gründe sein, die jedenfalls hier nicht beschrieben sind und erst benannt und dann beraten werden müssten. Bei der Aufklärung des Falles kann man nicht stehen bleiben. Ich würde versuchen eine Lösung als Vorzugsurteil zu besprechen, die auf die zweite Alternative heraus läuft, nämlich die Aufnahme in die Infektionsstation mit symptomatischer Therapie etc. Das wäre in diesem Falle eine Art von Sterbebegleitung, bei der sozusagen in Kauf genommen wird, dass der Tod eintritt, aber eben zugleich alles getan wird, um in diesem Rahmen noch eine Art von Lebenswert, Lebensmöglichkeit zu erhalten, soweit das geht.

Görner

In der Beschreibung des Fallbeispiels ist die Rede davon, dass der Patient intensivpflichtig ist. Als medizinischer Laie stelle ich mir dabei vor, dass jemand der intensivpflichtig ist, auch auf eine Intensivstation gehört. Wenn dies unter Fachleuten anders verstanden wird, dann ist

das ein Beleg dafür, wie schwierig sich die Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal auf der einen und Patienten und Angehörigen auf der anderen Seite darstellen kann. Ich glaube, dass hier auch ein häufiger Grund für Konflikte liegt. Ich wünsche mir von Ärzten mehr Bewusstsein dafür, dass es nicht ausreicht sich korrekt auszudrücken, wenn man befürchten muss, dass die korrekte Ausdrucksweise zu Missverständnissen führt. Ich muss von den Experten erwarten, dass sie sich dieser Tatsache bewusst sind und auf den Verständnishorizont der Laien eingehen können, und nicht umgekehrt von den Laien, dass sie sich auf das Niveau der Fachleute begeben.

Mich stört bei diesem Beispiel auch der Ton, mit dem die Partnerbeziehung beschrieben ist. Wenn man Aids nicht nur als medizinisches Problem sieht, sollte man wissen, dass ein Partner, der einen Aids-kranken Homosexuellen bis in die letzte Lebensphase begleitet, kein lästiger Störenfried im Arzt-Patienten-Verhältnis ist, wie das hier suggeriert wird, sondern jemand, der sich ernsthaft um den Kranken bemüht und der schon aus diesem Grund verdient, vom behandelnden Arzt korrekt informiert zu werden, selbst wenn keine rechtliche Verpflichtung gegeben ist.

Schmidt-Jortzig

Da mir die medizinischen Einzelheiten und Zusammenhänge weder geläufig noch ganz einsichtig sind, kann ich auf die karge Falldarstellung hin nur summarisch antworten: Solange der Patient – offenbar ist er voll ansprechbar – keinen Gegenwunsch äußert, muss alles getan werden, was sein Leben erhalten könnte. Eine Grenze ist erst da erreicht, wo eine entsprechende Strapazierung seine Würde verletzen müsste. Ob in dieser Situation die intensiv-medi-

zinische oder infektions-medizinische Behandlung der therapeutisch empfehlenswertere Weg ist, kann allein der Arzt entscheiden. Soll von Patient und/oder Lebenspartner der gegenteilige Weg durchgesetzt werden, müsste nach intensiver Aufklärung über die sich gegenüberstehenden Begleitumstände und Risiken allerdings dem entsprechenden Wunsch Genüge getan werden.

Erlinger

Dieser Fall unterscheidet sich von Fall 1, bei welchem die Grenzen der Behandlungspflichtigkeit bei fortgeschrittenen, rückfälligen Leiden mit geringer Erfolgchance anhand eines Krebsleidens beleuchtet wurden, unter anderem dadurch, dass die Bedrohung hier durch eine Infektionskrankheit und nicht durch einen Tumor erfolgt. Infektionskrankheiten haben sicherlich in der Bevölkerung eine andere Rezeption als Erkrankungen durch bösartige Tumore.

Jahrtausendlang waren die Infektionskrankheiten die eigentlichen Geißeln der Menschheit, wie Stefan Winkle in seinem gleichnamigen Buch zur Kulturgeschichte der Seuchen darstellt. Paradebeispiel ist die Pest, der schwarze Tod, deren Ausbreitung sich durch die Geschichte zieht. Das Ausmaß, in dem sie wütete, ist auch heute noch kaum fassbar. Dem Pestbefall des Byzantinischen Reiches im sechsten Jahrhundert, der Justinianischen Seuche, sollen mehr als die Hälfte der Bevölkerung zum Opfer gefallen sein. Die Epidemie des 14. Jahrhunderts, in deren Verlauf Boccaccios *Dekameron* entstand, kostete ein Viertel der europäischen Bevölkerung das Leben. Blühende Städte wurden innerhalb weniger Monate fast ausgelöscht, ehemals reiche Länder verarmten. Mittel gegen die Krankheit waren keine bekannt, das einzige, was schützen konnte, war die Abschottung.

Nun befinden wir uns in einer anderen Ära, die man vielleicht als Post-Pettenkofer-, Post-Ehrlich- oder Post-Fleming-Ära bezeichnen kann. Wie sehr man glaubte, dass die übertragbaren Krankheiten einer vergangenen „alten“ Welt angehören, zeigt ein Ausspruch des Chefs der amerikanischen Gesundheitsbehörde William H. Stewart, der im Jahre 1969 zuversichtlich verkündete, es sei nun an der Zeit, das Buch der Infektionskrankheiten zuzuschlagen, die westliche Medizin hätte offenbar die Epidemien besiegt. Die Infektionskrankheiten haben im Bewusstsein der Bevölkerung ihren Schrecken verloren, daran konnte auch SARS nichts ändern. Auch die sonstigen Warnungen aus der Medizin, etwa zur Tuberkulose, scheinen nicht auf offene Ohren zu stoßen.

Vielleicht ist dies einer der Aspekte, die vorrangig mit dem Lebensgefährten zu besprechen wären.

V. Gesundheitspolitik