
6. Fall

Therapieablehnung durch Patienten bei schwerer, aber nicht infauster Erkrankung (hoher Querschnitt, gastrointestinale Blutung)

47-jähriger Patient, der vor 25 Jahren einen schweren Motorradunfall hatte. Er erlitt dabei einen dislozierten Bruch des 6. Halswirbels mit Lähmung beider Arme und Beine sowie Stuhl- und Urininkontinenz. Seine Ehe wurde in der Folge geschieden; die pflegerische Versorgung wurde von seiner Schwester übernommen.

Die jetzige stationäre Aufnahme erfolgte wegen wiederholten Bluterbrechens. Gastroskopisch fand sich ein tumorverdächtig imponierendes Magengeschwür mit einer Sickerblutung, die endoskopisch gestillt werden konnte. Über den Befund in Kenntnis gesetzt, lehnte der Patient in Anbetracht seiner Lebenssituation eine weitere operative Therapie ab. In der Folgenacht kam es zu einer Rezidivblutung mit Kreislaufchock. Nach notfallmäßiger Intubation und Kreislaufstabilisation durch den chirurgischen Dienstarzt erfolgte eine erneute Magenspiegelung, bei der jedoch diesmal keine endoskopische Blutstillung erreicht werden konnte.

In dieser Situation stellten sich zwei Therapieoptionen:

- (1) umgehende Operation mit Resektion des blutenden Geschwürs gegen den initial geäußerten Willen des Patienten;
- (2) Verzicht auf eine Operation unter Inkaufnahme des Verblutungstodes des Patienten.

Mieth

Ich interpretiere das, was ich lese. Das heißt: Von der Richtigkeit meiner Interpretation hängt die Beurteilung ab. In meinem Text steht noch bei Option (1): „umgehende Operation mit Entfernen des blutenden Geschwürs gegen den initial geäußerten Willen des Patienten“. Das halte ich für etwas treffsicherer als „gegen den Patientenwunsch“. Und dennoch bin ich der Meinung, dass man es auch so nicht formulieren darf, wenn man den komplexen Sachverhalt beschreiben will. Denn aufgeklärt worden ist der Patient über den Befund des Tumorverdacht und nicht den des Magengeschwürs. Das konnte er gar nicht, weil es eine Notfallsituation war. Also ist er in dieser Hinsicht ein „unaufgeklärter“ Patient, über dessen Stellungnahme zu dem Befund, der sich in der Folgezeit ergeben hat, wir gar nichts wissen.

Nach meiner Ansicht muss an dieser Stelle die Option (1) eintreten, weil es ein Notfall ist, in welchem auch nicht der eingangs geäußerte Wille, der unter der Voraussetzung des Tumorverdachts geäußert wurde, entscheidend sein kann. Denn jetzt haben sich viel komplexere Informationen ergeben, die zugrunde gelegt werden müssen.

Höfling

Wenn es wirklich eine informierte Ablehnung des operativen Eingriffs war, dann hätte man sich daran halten müssen. Allerdings hätte ich an Ihrer Stelle genauso gehandelt. In unserem Fall sehe ich nicht, dass eine wirksame Ablehnung eines operativen Eingriffs vorgelegen hätte. Ich habe den Sachverhalt auch so verstanden, dass man mit dem Patienten gesprochen hat. Aber worüber hat man mit ihm gesprochen? An dieser Stelle vielleicht ein grundsätzlicher Hinweis: Die simple Vorstellung, der ja auch Juristen gerne

anhängen, weil sie so einfach ist, dass man die Menschen eben nicht einteilen kann in kompetente und betreute Patienten, bildet die Lebenswirklichkeit ja überhaupt nicht ab. (Aus einem DFG-Projekt, das ich u. a. zusammen mit Herrn Westhofen in Aachen bearbeite, wissen wir eigentlich, dass 80 % der Patienten irgendwo dazwischen sich befinden.) Und in einer solchen Situation, in der einem der Verdachtsbefund eines Karzinoms mitgeteilt wird, jemandem, der bereits sei 25 Jahren einen hohen Querschnitt hat – wie soll in einer solchen Situation die dann erfolgende Erklärung wirklich schon eine verlässliche Willensäußerung sein? Die ganze kommunikative Situation müsste eine völlig andere sein als die geschilderte. Man müsste in einer solchen Konstellation auf viele Dinge aufmerksam machen. Was wäre, wenn sich der Verdacht auf ein Karzinom nicht erhärtet? Man hätte auch über die Art des Verblutens als „Therapieoption“ aufklären müssen. Wie will sich denn jemand zwischen Optionen entscheiden, von denen er überhaupt nichts, aber auch rein gar nichts weiß? Darüber hinaus glaube ich, dass dann, wenn wirklich Zeit ist, ein solches Gespräch auch nicht nur von Ihnen geleistet werden kann. Dies bedürfte einer besonderen Art von Gesprächsführungskompetenz, die eigentlich einen Teil der medizinischen Ausbildung ausmachen müsste.

Fazit: Ich glaube, in dieser Situation war es richtig, den Patienten zu operieren.

Merks

Die allgemeine Problematik, die anhand dieses Falles sichtbar wird, ist die der Beziehung zwischen Berufsethos des Arztes und Autonomie, d. h. eine eventuelle Entscheidung aus medizinischen Gründen auch gegen den an sich zweifellosen Willen des Patienten.

1. Ich denke, aus medizinischer und auch aus medizinethischer Sicht spricht wenn nicht alles, dann doch vieles für die Lösung (1) (umgehende Operation mit Entfernung des blutenden Geschwürs, gegen den initial geäußerten Willen des Patienten). Angesichts der zunehmenden Aufwertung des Willens von Patienten in der medizinischen Ethik bedarf diese Entscheidung freilich einer näheren Begründung.

2. Es liegt, denke ich, in der medizinischen Logik (die dann auch in die ethische Entscheidung eingehen soll), für die offensichtlich als sicherer beurteilte Lösung (1) zu optieren. Nachdem man in jedem Falle den Willen des Patienten hier nicht zum Maßstab nehmen wollte, wäre andererseits ja theoretisch auch die vielleicht doch erfolgreiche Lösung (2) (Wiederholung der endoskopischen Blutstillung) in Frage gekommen. (In beiden Fällen wird ja der Wille des Patienten umgangen.) Aber wohl tatsächlich nur theoretisch: wenn schon ein lebenserhaltendes Eingreifen, dann sicher das mit den größeren Erfolgsaussichten. (Man könnte höchstens noch argumentieren, dass der Versuch einer endoskopischen Blutstillung das größere Risiko gewesen wäre – da sie ja bereits einmal nicht funktioniert hatte – und man damit sozusagen mehr in die Nähe des Patientenwillens gekommen wäre. Aber eine so merkwürdige Überlegung steht natürlich kaum im Ernst zur Debatte.)

3. Freilich bleibt das Problem des Patientenwillens. Natürlich kann man diesen bezüglich seiner dauerhaften Ernsthaftigkeit in Zweifel ziehen. So spricht die Fallbeschreibung von dem „initial geäußerten Willen des Patienten“. Dies suggeriert zumindest, dass der Wille zum Zeitpunkt der ärztlichen Entscheidung möglicherweise schon nicht mehr fortbestand. Zudem hören wir, dass der Patient nachträglich die Therapieentscheidung akzeptiert hat. Was sich ex post leicht sagen lässt, ist aber ex ante mindestens eine gewagte Sache. Übrigens ist sie häufiger anzutreffen, etwa bei der Würdigung von Patientenver-

fügungen, wenn dazu gesagt wird: „Möglicherweise würde der Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt oder in der jetzigen Situation ja anders urteilen als zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung ...“. Mit einem solchen Argument, finde ich, muss man vorsichtig sein. Bei der doch prinzipiell sich durchsetzenden Bedeutung und Anerkennung des Patientenwillens kann man nicht mit der andern Hand wieder nehmen, was man mit der einen gegeben hat. Hierdurch wird der Wunsch nach dem Recht auf Sterbehilfe geradezu gefördert und nicht zurückgedrängt.

4. Hier noch eine eher allgemeine Bemerkung. Zum konkreten Falle kann man vielleicht, wie auch von Dietmar Mieth, denke ich, richtig bemerkt worden ist, anführen, dass die Willensäußerung doch sehr allgemein und im Hinblick auf die konkreten Umstände und die reale Situation nicht präzise genug ist. Ein wichtigeres Argument scheint mir aber eine andere Überlegung, nämlich die Tatsache, dass ein Arzt neben dem Respekt vor dem Patientenwillen auch ein medizinisches Berufsethos zu vertreten hat, das von ihm verlangt, seine ärztliche Kunst nach Möglichkeit lebensermöglichend und -erhaltend einzusetzen, wofern dadurch Chancen der Besserung wahrgenommen werden, sich die Frage nach einer Verlängerung unerträglichen Leidens nicht stellt und jedenfalls nicht ein „natürlich“ sich anbahnendes Ende unnötig hinausgezögert wird.

Das ist vielleicht etwas kompliziert formuliert, und ich denke auch, dass das Problemfeld der medizinischen Möglichkeiten einerseits und der Gründe für einen Verzicht auf ihre Anwendung andererseits weiter diskutiert werden muss. Doch kann die Autonomie der Patienten oder der Patientin nicht so weit gehen, dass ihr gegenüber die normale ärztliche Pflicht immer nur den Kürzeren ziehen würde.

5. Ich denke also: Alles zusammengenommen ist Lösung (1) sehr wohl vertretbar. Freilich möchte ich noch eine kurze Anmerkung machen zum Satzsatz der Fallbeschreibung,

dass es dem Patienten nicht nur wieder gut geht, jedenfalls im Sinne der früheren Situation, sondern dass er selbst eine neue Beziehung mit einer gleichaltrigen Krankenschwester gefunden hat. Dies ist zwar erfreulich, und sicher für das Operationsteam ein beruhigendes Faktum, doch halte ich es für ein sehr gefährliches Argument, eine Art nicht unbedenklichen Nachkartens. Es gibt ja auch den umgekehrten Fall, in dem die Möglichkeit positiver Entwicklungen nicht eingetroffen ist. Deswegen sollte man sich hüten, *a posteriori* und *ex effectu positivo* ein Argument für ärztliche Entscheidungen gegen den Willen des Patienten gewinnen zu wollen. Ich finde, ein „Man weiß ja nie, ob nicht ...“ darf kein Argument für schwierige Entscheidungen sein. Stattdessen plädiere ich für eine nähere Ausgestaltung der Grundsätze, nach denen einem Patienten, einer Patientin billigerweise Unerträglichkeit des Leidens oder der Situation zugestanden werden sollte, so dass eventuell auch auf mögliche Behandlungen verzichtet werden darf.

Schmidt-Jortzig

Auch dieser Fall eignet sich offenkundig für ein medizinrechtliches Seminar. An ihm wäre die Rechtsfolgende Seite einer Patientenverfügung zu erörtern. Wie verbindlich ist ein geäußerter Patientenwille für den behandelnden Arzt?

Trotz des augenscheinlich rechtfertigenden guten Ausgangs der Krise vermag ich als Anhänger weitestgehender Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Menschen eine Ignorierung der Operationsablehnung nicht zu akzeptieren, weder als in diesem Einzelfall vertretbar noch gar als normbildend. Es darf nicht sein, dass die Achtung des Patientenwillens von der Zufälligkeit des guten Ausgangs abhängig gemacht wird und damit für eine nun einmal *ex ante* zu treffende und nicht *ex post* zu rechtfertigende

tigende OP-Entscheidung ins Belieben des Arztes gestellt werden dürfte. Auch die Härten einer Entscheidung sind vom sich festlegenden Menschen zu tragen, auch Fehleinschätzungen und Motivverirrungen gehören beim Patienten zur menschlichen Mängelbehaftung im Diesseits. Ich will hier ganz werthaft argumentieren (und da sehen Sie, dass auch Politiker sich ethisch leiten lassen). Ich bin EKD-Synodaler, lebe also – durchaus bekennend – aus einem christlichen Hintergrund, und da sage ich: Die Folgen unserer irdischen Unvollkommenheit sind uns in unsere höchst persönliche Verantwortung gegeben. Und eben dies gilt übrigens auch verfassungsrechtlich, weil Würdegarantie, Persönlichkeitsrecht und individuell bestimmter Lebensanspruch unvertretbare, vom Staat überall zu achtende Grundpositionen darstellen. In einem Fall wie dem geschilderten sich also „auf gut Glück“ über den definitiven Willen des Patienten hinwegzusetzen, kann m. E. nicht zugelassen werden. Dem Versuch einer ethisch-normativen Bevormundung des Einzelnen müssen wir widerstehen. Ich votiere deshalb für Option (2).

Freilich räume ich ein, dass ich dabei den Wunsch des Patienten eben für eindeutig halte, obwohl vielleicht der Sachverhalt an diesem Punkt nicht ganz präzise ist. Dass der Patient „über den Befund in Kenntnis gesetzt“ die weitere operative Therapie ablehnt, mag so ausgelegt werden können, als sei mit ihm nur über die Diagnose, nicht aber über ihre Folgen gesprochen worden. Wenn es aber in der Optionsbeschreibung gewissermaßen resümierend heißt, eine eventuelle Operation laufe dem „initial geäußerten Willen des Patienten“ zuwider, fühle ich mich als Kommentator über solche Zweifel hinweggehoben. Mithin: Trotz des schönen Happyends, das man ja vorab gar nicht wissen konnte, keine OP gegen den Willen des Patienten!

Widdershoven

Was mich wundert, wenn ich so einen Fall höre, ist, warum die Entscheidung akut in einer Notfallsituation getroffen werden muss. Hätte man nicht mit dem Patienten zuvor überlegen können, wie seine Präferenzen in einer solchen Situation aussähen? Wäre es nicht möglich gewesen, innerhalb des langfristigen Prozesses der Fürsorge für diesen Patienten mehr Klarheit über seine Ansichten zu gewinnen? Dazu braucht man nicht jede mögliche zukünftige Entscheidung mit dem Patienten zu besprechen. Man könnte auch versuchen, zusammen mit dem Patienten klar zu machen, was die Erfahrungen der Krankheit über 25 Jahre für seine Lebensgeschichte bedeuten. Diese Lebensgeschichte könnte dann später behilflich sein bei schwierigen Entscheidungen, so wie sie jetzt im Fallbericht vorliegen. Dann würde man besser wissen, wie der Patient sein Leben sieht und sich seine Zukunft vorstellt. Also: Vor dem Eintreten der Notfallsituation sollten wir doch mehr wissen über die Geschichte des Patienten und über seine Lebenserfahrungen.

Wäre man diesem Weg gefolgt, dann gäbe es drei Möglichkeiten.

Erstens wäre es möglich, dass man von dem Patienten weiß, dass er auf jeden Fall weiterleben möchte.

Zweitens wäre es möglich, dass er weiterleben möchte, aber nicht um jeden Preis. Man wüsste zum Beispiel, dass der Patient, wenn es ein sehr schlimmes Problem gäbe, keine weitere Therapie möchte.

Drittens wäre es möglich, dass der Patient sagt, dass er eine bestimmte Verschlimmerung seiner Situation als unerträglich betrachten würde. Träte diese dann später ein, dann könnte eine vorher aufgestellte Patientenverfügung eine Hilfe im Entscheidungsprozess sein. In den Niederlan-

den wäre dann unter dem neuen Gesetz auch aktive Sterbehilfe eine Handlungsoption.

Im vorliegenden Fall ist unklar, ob die Äußerung des Patienten, dass er keine weitere Therapie möchte, wirklich in seine Lebensgeschichte hineinpasst. Einerseits könnte man diese Frage bejahen, weil der Patient auf seine Lebenssituation hinweist. Andererseits ist sein Wunsch möglicherweise eine spontane Reaktion auf die Information über seinen Befund und als solche vielleicht mehr Ausdruck seiner Angst als eine Entscheidung, die zu seiner Grundeinstellung passt. Im ersten Fall wäre die Äußerung ein Grund für einen Operationsverzicht, im letzten Fall nicht.

Zum Schluss möchte ich betonen, dass in diesem Fall, so wie er uns vorgelegt wurde, auch in den Niederlanden keine gesetzliche Grundlage für eine aktive Sterbehilfe gegeben ist. Erstens gibt es weder einen aktuellen Wunsch des Patienten noch eine Patientenverfügung. Zweitens gibt es keinen Beleg für eine Situation aussichtslos und unerträglichen Leidens. Wenn es noch eine reale Therapiemöglichkeit gibt, ist die Situation nicht aussichtslos. Wenn der Patient bewusstlos ist, ist die Situation nicht unerträglich. Für diesen Patienten gibt es auch in den Niederlanden keine Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe.

IV.

