

Fall und Kommentare

Zur Problematik des mutmaßlichen Willens am Lebensende

Der Patient, Herr A., 70 Jahre alt, stammte aus dem Nahen Osten und kam als junger Mann mit einem Teil seiner Familie nach Deutschland. Während die Familienmitglieder sich im Ausland niederließen, blieb Herr A. in Deutschland und wurde im Alter von 65 Jahren nach über 30jähriger Tätigkeit als Handwerker berentet.

Herr A. blieb ledig, war ein starker Raucher (ca. 40 Zigaretten pro Tag) und genoss ein recht bewegtes soziales Leben. Er hatte keine Familie mehr in erreichbarer Nähe, aber einen großen Freundeskreis, in dem er wegen seiner Ehrlichkeit, Herzlichkeit und Hilfsbereitschaft sehr geschätzt wurde. Das gleiche galt für seinen Arbeitsplatz, wo er für seine Integrität bekannt war.

Herr A. musste sich mit 50 Jahren einer Magenoperation unterziehen, außerdem wurden die Diagnosen einer COPD und einer arteriellen Hypertonie gestellt. Trotz allem wirkte er biologisch wesentlich jünger, als er es tatsächlich war.

Im Frühjahr bemerkte Herr A. im Laufe des Tages bei allgemeinem Unwohlsein eine Schwäche seines linken Beines. In den folgenden Stunden kam eine leichte Sprachstörung hinzu, und in der Nacht wurde er wegen stärkster Kopfschmerzen wach und stellte eine komplette Lähmung der linken Körperhälfte fest. Mit der Verdachtsdiagnose eines rechtsseitigen Insultes wurde er in eine Klinik gebracht.

Dort blieb das Krankheitsbild zunächst unklar, da man zwar eine Halbseitenlähmung vorfand, aber keinen Insult im CT nachweisen konnte. Ein Bekannter des Patienten, Chirurg an der Klinik, drängte auf weitere Diagnostik. Als sich der Zustand von Herrn A. verschlechterte, sollte er nach fünf Tagen schließlich in die Neurologie verlegt werden.

Nun wurde angiographisch eine Basilaristhrombose nachgewiesen. Für eine Lyse-Therapie war es zu spät. Da der Patient mit ASS anbehandelt war, entschloss man sich nur zögernd zu einer Vollheparinisierung.

Herr A. entwickelte eine Pneumonie und musste auf die Intensivstation verlegt werden. Unter der Lungenentzündung verschlechterte sich sein Zustand weiter, er wurde tetraplegisch und areagibel. Zehn Tage nach Beginn seiner Erkrankung musste die Diagnose eines Locked-in-Syndroms gestellt werden.

Währenddessen war es nicht möglich, Angehörige des Patienten ausfindig zu machen, da die Verbindungen sowohl zur Heimat als auch zum entfernten Ausland dürftig und Adressen nicht bekannt waren. In den nächsten Wochen kamen regelmäßig Freunde zu Besuch, diese Besuche wurden jedoch im Laufe der Zeit seltener.

Herr A. wurde gewissenhaft gepflegt, regelmäßig gedreht, gecremt und abgeführt. Die Ernährung erfolgte über eine Magensonde, wegen wiederholter Druckläsionen schließlich über eine PEG-Sonde. Im Laufe der Wochen kam es zu verschiedenen Komplikationen und Begleiterkrankungen: Harnwegsinfekte, Keratitiden, Ekzeme, Dekubitalgeschwüre und intestinale Candidose.

Über die Augenbewegungen war eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten kaum zu erreichen. Die Kommunikationsmöglichkeiten reichten nicht aus, um komplexe Sachverhalte zu behandeln. Da zunehmend formale Fragen um Rechnungen, Rente, Krankenkassenbeiträge sowie diagnostische und therapeutische Eingriffe auftauchten, wurde ein Betreuungsgutachten angeregt. Nach dreimonatigen Verhandlungen wurde im Hochsommer ein mit dem Patienten befreundeter Sozialarbeiter zum Betreuer bestellt.

An einem Wochenende bekam Herr A. wieder einmal Fieber. Der diensthabende Arzt monierte in der Frühbesprechung am Montagmorgen, der „CPR-Status“ sei nicht geklärt.

Die Kommunikationsmöglichkeiten mit dem Patienten erreichten rasch ihre Grenzen. Wegen einer beidseitigen Fazialisbeteiligung war ein willkürlicher Lidschluss nur schwach ausführbar, und Augenbewegungen zeigte Herr A. nur inkonstant. Mitarbeiter der Pflege berichteten, Herr A. habe schon in den ersten Tagen seines Aufenthaltes, als er noch sprechen konnte, zum Ausdruck gebracht, dass er keine lebensverlängernden Maßnahmen wünsche. Bei keinem Besuch der zuständigen Ärzte kam ein sicher verstandener Austausch mit Herrn A. über die Frage des Lebenswunsches zustande.

Der Betreuer des Patienten wollte und durfte über die Frage nicht entscheiden: Er könne sich nicht vorstellen, dass sein Freund so leben wolle, aber er traue sich kein Urteil zu, da er über diese Frage eigentlich nie mit Herrn A. gesprochen habe.

Innerhalb der Station wurde beschlossen, im Falle von Infektionen oder ähnlichen Komplikationen einzugreifen, im Falle eines Herz-Kreislaufstillstandes aber nicht zu reanimieren.

Im Herbst wurde Herr A. in ein Pflegeheim verlegt. Zwei Wochen später kam von dort die Nachricht, dass er verstorben sei.

Fall und Kommentare

Kommentar I

Johann F. Spittler

Eine in notwendiger Kürze, sicherlich auch Verkürzung präsentierte Fallgeschichte erfordert viele Nachfragen, auch den Hinweis, dass eine Verkürzung spezifische methodische Probleme mit sich bringt. Eine angemessene moralische Beurteilung wird oft erst unter Aufsuchen weiterer, die Entscheidung mitbestimmender Details möglich. Einige Perspektiven sollen angesprochen werden:

Eine neurologische Perspektive. Beim Locked-In-Syndrom sollte eine explizite Unterscheidung in das inkomplette (mit weiteren erhaltenen Funktionen), das typische (ausschließlich vertikale Augenbewegungen erhalten) und das totale (keine Willkürbewegungen, allenfalls EEG-Reaktivität oder visuell evozierte Potentiale sind erhalten, begreifende und empfindende Wahrnehmung ist *vermutlich* nicht erhalten) erfolgen. Hier liegt vermutlich ein typisches Locked-In-Syndrom mit promptem Augenöffnen und –schließen auf verbale Aufforderung vor, bei dem es in den ersten Wochen auch nach eigener Erfahrung häufig nicht gelingt, eine verlässliche Verständigung über „Ja“ oder „Nein“ zu erreichen. Wenn man in die unbeweglich geradeaus gerichteten Augen eines solchen kranken Menschen blickt, von dem wir wissen, dass er bei Bewusstsein sein kann, dann entsteht in uns eine solche Verunsicherung, dass wir alle flüchten – in ein Ausweichen, in ein betont professionelles Handeln, in eine Eifrigkeit – letztlich in einen Rückzug ins Unpersönliche.

Eine moralische Position. Der geschilderte Verlauf zeigt ein heute prototypisches moralisches Dilemma: In einer objektiv seltenen Situation sind wir zudem noch ungeübt in den unwissenschaftlichen Methoden der Einfühlsamkeit, der mitmenschlichen Aufmerksamkeit, auch in der ethisch problembewussten Entscheidungsentwicklung. In einem solchen Fall muss eine angemessene Beobachtungszeit eingehalten werden, um die anfängliche Prognose-Unsicherheit zu verringern (etwa 1–2 Wochen, einschließlich CT- oder MRT-Kontrollen, um den Befund im Hirnstamm zu sichern). Danach ist es angesichts der potentiellen Wahrnehmungsfähigkeit eines solchen Patienten und des Horrors eines solchen Zustandes unvertretbar, irgendwelche Therapiemaßnahmen fortzuführen. Was ist die Heiligkeit des Lebens angesichts eines mutmaßlich panischen Entsetzenserlebens und der totalen Bewegungs-, Antwort- und mitmenschlichen Begegnungsunfähigkeit? Eine effektive Sedation mit Verzicht auf Antibiotica, Kalorien und Flüssigkeit scheint mir einzig vernünftig, menschenwürdig und barmherzig –

ist aber nur mit wohlgesetzt scholastischer Spitzfindigkeit von der absichtsvollen Lebensbeendigung (Tötung!) unterscheidbar. In einer solchen Situation entscheiden nicht viele Ärzte. Meist wird der Konflikt so gelöst wie hier, mit der Delegation des Konflikt-Aushaltens über die Entlassung des Patienten ins Pflegeheim. Die niederländische offene Reflexion nicht-eingewilligter Euthanasien ist unendlich viel einsichtiger und ehrlicher.

Eine ärztlich ethische Reflexion. Von den philosophischen Ethikern lernen wir Ärzte, dass wissenschaftliche Ethik in der kritischen Reflexion der Entscheidungsprinzipien und -verfahren liege und dass die Entscheidung letztlich nur der Verantwortung des einzelnen Arztes zugeordnet werden könne. In der vorstehenden moralischen Stellungnahme sind Maßstäbe angesprochen worden, die unter Außerachtlassung vieler anderer Aspekte reduziert werden sollen auf “beneficence” im Sinne des Leiden-Linderns und “nonmaleficence” im Sinne von (unbedingtem?) Lebensschutz. Das Dilemma dieser Orientierungsmarken liegt darin, dass Leiden-Lindern und Lebensschutz in der öffentlichen Diskussion in unserer Gesellschaft – oft mit demagogischem Unterton – unterschiedlich gewichtet werden. Der “respect for autonomy” ist hier im Hinblick auf die von den Pflegekräften berichtete frühere Willensäußerung wohl nicht genügend beachtet, zumindest nicht angemessen diskutiert worden. Insofern muss gefragt werden, ob der gesetzliche Betreuer pflicht- und gesetzesgemäß und die Ärzte patienten-anwaltlich ihrer Verantwortung gemäß gehandelt haben. Eine kritische Reflexion des Verfahrens lässt uns lernen: Mit einer bewusst diskursiven Entwicklung eines Konsenses unter den mitbetroffenen Personen sollte die weitgehende Sprachlosigkeit zu einer einverständlichen Entscheidungsfindung geführt werden. Darüber hinaus kann in einem solchen Diskussionsprozess ein Empfinden gegenseitigen Respekts und menschlicher Gemeinsamkeit und Wärme wachsen, so dass aus dem Leiden eines Patienten eine aufmerksamere Zuwendung zu zukünftigen Patienten entwickelt werden kann.

Eine psychologische Perspektive. Für die bedrückende Sprach- und Hilflosigkeit, die sicherlich moralisch verwerflich und ethisch zu kritisieren ist, haben weder Moral noch Ethik Methoden der Analyse oder der Therapie anzubieten. Diese müssen aus der Psychologie und aus der Psychotherapie beigetragen werden. Hier sollen nur einige Fragen formuliert werden: Sprach- und Hilflosigkeit folgen einerseits aus mangelnder Ausbildung von Ärzten im Umgang mit moralischen Konflikten, andererseits sicherlich aus Angst. Als Ursachen dieser Angst kann man die gesellschaftliche Bigotterie und die moralische Erpressbarkeit mit dem Schuldkomplex der Naziverbrechen in Betracht ziehen. Ein zu irrationalem Handeln führender Schuldkomplex bedarf dringend der problembewussten Reflexion, die nur aus einem Verständnis psychodynamischer Vorgänge entwickelt werden kann.

Eine wissenschaftstheoretische Perspektive zur Ethik. Wenn wir wissenschaftliche Ethik nur in einer begrifflich hochmögenden Darstellung enzyklopädischen Wissens der ethischen Kirchenväter und dem logisch ausgefeilten Begründen ethischer Forderungen verstehen und die Komplexität realer moralischer Konfliktsituationen auf handhabbare Prinzipien reduzieren, was ist dann mit dem Verhältnis von Wissenschaft und Wirklichkeit? Diese erkenntnistheoretische Frage zeigt grundsätzliche Probleme für eine wissenschaftliche Ethik auf, die mir wissenschaftlich wie menschlich außerordentlich interessant erscheinen.

Fall und Kommentare

Kommentar II

Axel W. Bauer

Die vorliegende Fallbeschreibung schildert die Krankengeschichte eines 70 Jahre alten Patienten mit linksseitiger Hemiplegie nach einer Basilaristhrombose.

Schwer akzeptabel erscheint zunächst, dass die Diagnose erst nach fünf Tagen (!) Klinikaufenthalt und nach verspäteter Verlegung in eine Neurologische Abteilung gestellt wurde. Es wird sogar berichtet, dass die Diagnostik überhaupt nur auf Drängen eines mit dem Patienten bekannten Chirurgen voran getrieben wurde. Die möglicherweise rettende Lyse-Therapie konnte so nicht mehr zum Einsatz kommen. Es wird nach der Schilderung deutlich, dass hier der Diagnoseprozess in fahrlässiger Weise verschleppt worden ist.

Unter Vollheparinisierung stellten sich in der Folge eine Pneumonie, eine Tetraplegie und schließlich ein Locked-in-Syndrom ein. Der Patient musste durch eine PEG-Sonde ernährt werden. Da eine Kommunikation mit dem Patienten über Augenbewegungen zunehmend scheiterte und Angehörige nicht ausfindig gemacht werden konnten, wurde nach mehr als drei Monaten (!) Krankheitsdauer ein mit dem Patienten befreundeter Sozialarbeiter zum gesetzlichen Betreuer bestellt. In der Fallvignette fehlt eine unzweideutige Angabe darüber, für welchen genauen Aufgabenkreis im Sinne von § 1896 Absatz 2 Satz 1 BGB der Betreuer vom Vormundschaftsgericht schließlich definitiv eingesetzt wurde.

Während eines erneut aufgetretenen fieberhaften Zustandes wurde von Seiten des diensthabenden Arztes bemängelt, dass keine Klarheit darüber herrsche, ob im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes eine kardiopulmonale Reanimation durchgeführt werden solle. Offenbar in diesem Kontext berichteten Mitarbeiter der Pflege, dass der Patient bereits zu Beginn seines Krankenhausaufenthaltes zum Ausdruck gebracht habe, er wünsche keine „lebensverlängernden Maßnahmen“. Es kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, dass mit dieser äußerst vagen und diffusen Auskunft ein gegebenenfalls intendierter Therapieabbruch nicht begründet werden durfte, unter anderem schon deshalb nicht, weil die angebliche Bekundung des Patienten nicht zeitnah dokumentiert worden war. Zudem war ein entsprechender Wunsch des Patienten im Kontakt mit den Ärzten niemals artikuliert worden.

Der mit der Betreuung beauftragte Sozialarbeiter handelte im Folgenden völlig korrekt, als er sich weigerte, die Frage eines Therapieabbruchs positiv zu

entscheiden. Einerseits hätte eine solche Entscheidung gemäß dem (wenn auch juristisch nicht unumstritten gebliebenen) Beschluss des 20. Zivilsenats des OLG Frankfurt am Main vom 15.7.1998 zu § 1904 Absatz 1 BGB (20 W 224/98, vgl. NJW 1998, 2747–2749) ohnehin der Genehmigung durch das zuständige Vormundschaftsgericht bedurft. Andererseits erkannte der Betreuer schon im Vorfeld sehr richtig das generelle Problem der möglichen Inadäquatheit des von ihm lediglich gemutmaßten Willens des Erkrankten hinsichtlich eines Abbruchs der Behandlungsmaßnahmen, da er über diese Frage mit dem Patienten nie ausdrücklich gesprochen hatte. Der Betreuer dokumentierte seinen Respekt vor der Autonomie des Patienten, indem er sich auch nicht dazu verführen ließ, mithilfe der subjektiven Interpretation mehrdeutiger nonverbaler Zeichen eine vorgebliche Willensbekundung des Patienten zum Therapieabbruch abzuleiten. Dem gegenüber ist der daraufhin offenbar ohne Beteiligung des Betreuers getroffene „Beschluss“ innerhalb der Station, zwar im Falle von Komplikationen einzugreifen, jedoch bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand nicht zu reanimieren, keinesfalls akzeptabel. Zum Einen bleibt völlig unklar, wie dieser „Beschluss“ prozedural herbeigeführt wurde und wer für ihn die Verantwortung trug. Zum Anderen werden die (medizinischen, ethischen, ökonomischen?) Gründe für diese Entscheidung nicht dargelegt. Schließlich bleibt festzuhalten, dass die fehlende Abstimmung mit dem Betreuer in dieser lebenswichtigen Frage formal wie inhaltlich eine Missachtung des Persönlichkeitsrechts des Patienten darstellte, das durch die rechtliche Betreuung ja gestärkt werden sollte.

Das Ende der Geschichte ist traurig, aber leider nicht ungewöhnlich: Weniger als zwei Wochen nach der Verlegung in ein Pflegeheim verstarb der Patient, sei es wegen mangelhafter Pflege oder diskontinuierlicher ärztlicher Weiterbetreuung, sei es wegen pathophysiologischer Probleme bei der heiklen Umstellung der medizinischen Behandlung von Klinik- auf Heimbedingungen, sei es in Folge psychischer Traumatisierung durch den Wechsel der Bezugspersonen oder schlicht wegen der Eigengesetzlichkeit des Krankheitsverlaufs. Im letzteren Fall wäre kritisch zu fragen, ob das womöglich absehbare Lebensende vielleicht sogar der wahre Anlass für die Verlegung in das Pflegeheim war, um sich der Frage nach einem etwaigen Therapieabbruch in der Klinik leichter entziehen zu können. Der Fall macht deutlich, dass selbst dann, wenn ein gesetzlicher Betreuer vorhanden ist, der seine Aufgaben sogar korrekt wahrnimmt, der Schutz des Persönlichkeits- und des Lebensrechts eines Schwerkranken in der Realität keineswegs immer gewährleistet werden kann. Die Transparenz der medizinisch-ethischen Entscheidungen, die von Ärzten und Mitarbeitern der Pflege im klinischen Alltag dazu getroffen werden, lässt nach wie vor sehr zu wünschen übrig.