

Lebensrettende Operation

Zum Problem des Patientenwillens

Ein 65-jähriger untergewichtiger Rentner wurde nach einem Sturz an der Bordsteinkante in die chirurgische Eilfallambulanz gebracht. Die diagnostizierte pertrochantere Femurfraktur (Oberschenkelfraktur) wurde noch am selben Tag mit einer dynamischen Hüftschraube osteosynthetisch versorgt. Der intra- und postoperative Verlauf waren komplikationslos.

Bei der allgemeinen Anamneseerhebung am Folgetag durch die Stationsärztin gab der wortkarge Patient einen Gewichtsverlust von 15 kg in den letzten 9 Monaten an; bei näherem Nachfragen wurde eine Appetitlosigkeit – „es schmeckt einfach nicht mehr“ – angegeben. Der körperliche Untersuchungsbefund einschließlich der rektalen Untersuchung war bis auf die Untergewichtigkeit unauffällig. Eine weitere Diagnostik, zunächst Sonographie des Bauches, dann Magenspiegelung und Darmspiegelung zum Ausschluss eines Tumorleidens, wurde dem Patienten angeraten.

Die Sonographie des Abdomens ergab neben einer Erweiterung der infrarenalen Aorta auf 3,5 cm einen unauffälligen Befund. Die Gastroskopie war unauffällig, die Koloskopie unter Dormicumsedierung bis auf eine schwierige Passage bei ausgeprägter Sigmadivertikulose ebenfalls ohne Tumornachweis.

Nach der Darmspiegelung wurde der schläfrige Patient überwacht. Die Sedierung klang ab. Aber der Patient „gefiel“ der Schwester nicht; deshalb wurde er weiterhin regelmäßig überwacht. Ca. 3 Stunden nach der Koloskopie war der Blutdruck des sonst normotonen Patienten 70/40 mmHg; er war tachycard. Die Stationsärztin wurde informiert.

Der Patient wirkte hypovoläm. Auf schnelle Infusion von 500 ml Kolloidlösung stieg der Druck nur kurzfristig auf 90 mmHg an. Der Patient wurde sofort auf die chirurgische Intensivstation gebracht; in der Sonographie des Abdomen zeigte sich massiv freie Flüssigkeit im Unterbauch sowie um die Milz.

Der Patient war die ganze Zeit voll ansprechbar. Ihm wurde mitgeteilt, dass es zu einer lebensgefährlichen Blutung im Bauchraum, vermutlich durch einen Einriss der Milz gekommen war, die sofort operiert werden muss.

Der Patient lehnte jedoch sehr entschieden die Operation ab. Trotz aller Erläuterungen der Stationsärztin willigte der Patient nicht ein. „Dann sterb ich eben“.

Gegen seinen Willen wurde der Patient von der Ärztin und vom Oberarzt der Intensivstation in den Operationsaal gebracht mit dem Hinweis für die Stationsärztin: „Wenn wir jetzt nicht fahren, kommt der Staatsanwalt wegen unterlassener Hilfeleistung, denn bei dem Druck ist der Patient nicht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte!“

Intraoperativ bestätigte sich eine Milzkapselläsion, die durch Zurückschnellen einer Schleife des Koloskops entstanden war. Bereits am nächsten Morgen konnte der Patient auf die Normalstation zurückverlegt werden.

Als die Stationsärztin ins Krankenzimmer trat, wurde sie wider Erwarten von dem Patienten freudestrahlend empfangen. „Da kommt mein Engel.“ Er erzählte seinen Mitpatienten, dass sie ihn gegen seinen Willen in den Operationsaal verfrachtet habe. Er bedankte sich und erklärte, dass er eigentlich doch noch ein bisschen leben

wolle: Er sei ein alter Seemann, seit 9 Monaten berentet, lebe seither in einem Hotel; seine einzige Bezugsperson sei der Portier. Seine Appetitlosigkeit sei durch die Sehnsucht nach der See gekommen. Am Vorabend habe er durch Verweigerung der Operation eine Möglichkeit gesehen, aus dem Leben zu scheiden. Die jetzige Wende sei durch die Anteilnahme und die Freude seiner Mitpatienten ausgelöst worden.

Dennoch blieb für die Ärztin die kritische Frage, ob sie ethisch und rechtlich richtig gehandelt hatte, indem sie den Patienten gegen seinen ausdrücklichen Willen operieren ließ.

Interessenkonflikt: Keine Angaben

EthikinderMedizin.springer.de

„Online First“

Ethik in der Medizin informiert Sie regelmäßig über praxisrelevante Themen und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse Ihres Fachgebiets. Um die Publikationszeiten zu verkürzen und Ihnen einen noch schnelleren Zugriff auf aktuelle Beiträge zu ermöglichen, heißt es ab sofort „Online First“.

Unter dem Begriff „Archiv“ finden Sie auf der Zeitschriftenhomepage den Zugang zum elektronischen Volltextarchiv Ihrer Zeitschrift. Hier stehen Ihnen unter „Online First“ aktuelle Beiträge bereits vor dem Erscheinen der gedruckten Ausgabe als HTML-Version zur Verfügung. Jeder „Online-First“-Beitrag ist durch eine elektronische Identifizierungsnummer, den Digital Object Identifier (DOI), eindeutig gekennzeichnet, sofort zitierfähig und suchbar.

Als besonderen Zusatznutzen enthält die HTML-Version Referenz-Verlinkungen, die Sie direkt zu den Originalzitaten auf SpringerLink, ChemPort und Pubmed führen. Ein Service, der Ihnen ein Mehr an Informationen in Ihrem Fachgebiet sichert.

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?

Wir freuen uns über Ihre E-Mail an

springerlink@springer.de

Ihre Redaktion Fachzeitschriften

Medizin/Psychologie

Kommentar I

Der hier geschilderte Fall ist in vielerlei Hinsicht beispielhaft. Ein alter Mann (Ist er mit 65 Jahren alt?) wird wegen einer typischen „Altersfraktur“ (pertrochantere Femurfraktur) nach einem typischen Minimaltrauma (Sturz an einer Bordsteinkante) hospitalisiert und unfallchirurgisch mit einer dynamischen Hüftschraube versorgt. Der intra- und postoperative Verlauf war unkompliziert.

Eine gute medizinische Untersuchung und Betreuung umfasst aber, wie hier geschehen, den ganzen Menschen. Die deutliche Untergewichtigkeit des Mannes wurde als auffälliges Symptom gewertet und dementsprechend weiter abgeklärt. Die Untersuchungsschritte Sonographie und Endoskopie schlossen sich folgerichtig an; dies setzte ja in jedem Einzelschritt die vorherige Einwilligung des Mannes voraus. An dieser Stelle möchte ich erwähnen, dass sich keinerlei Hinweise auf das soziale Umfeld und familiäre Bindungen finden. Auch Angaben über Laborwerte fehlen, so dass es schwer fällt, sich ein Gesamtbild von dieser Patientenpersönlichkeit zu machen.

Falls seine Einwilligung zur Koloskopie vorlag, war er über mögliche Komplikationen, wie Blutung oder Perforation, aufgeklärt, die eine Notfalloperation erfordern würden.

Die gute pflegerische Überwachung erkannte rechtzeitig die intraabdominelle Blutung durch Milzriss und führte zu der entscheidenden Situation, ob eine Notoperation ohne schriftliche Einwilligung, ja gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten, erlaubt ist oder nicht. Diese Entscheidung zwischen *Salus aegroti* und *Voluntas aegroti* beschäftigt die Rechtssprechung ei-

gentlich erst seit wenigen Jahrzehnten. Vorher herrschte die paternalistische Ansicht vor, der Arzt wisse am besten, was dem Patienten nützt. Seit der Einführung des Begriffes „Autonomie des Patienten“ ist die Rechtslage umgekehrt. Heute hat der Arzt zu beweisen, dass er den Patienten entsprechend aufgeklärt hat und dessen schriftliche Einwilligung vorliegt.

In diesem Fall ergriffen die Ärzte die Initiative und handelten gegen den Willen des Patienten, „der lieber sterben wollte“.

Die Fallgeschichte endet hier gut. Es bleiben aber Fragen offen. Ein Mensch will sterben, weil er so allein ist, nur den Hotelportier als Gesprächspartner hat. Er lebt auf durch die Freude seiner Mitpatienten über die geglückte „Rettung“. Hier zeigt sich übrigens die oftmals sehr positive Wirkung des Mehrbettzimmers auf den Heilungsprozess eines Patienten.

Ob die Entscheidung der Chirurgen auch mit der Tatsache zusammenhängt, dass es sich ja um eine Komplikation eines vorangegangenen Eingriffs handelt, kann nur vermutet werden. Eine ungeklärte Komplikation belastet den Operateur in aller Regel mehr als alle schicksalhaften Verläufe.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Hans-Konrat Wellmer

Künnekestraße 5, 33647 Bielefeld
E-Mail: hkwellmer@aol.com

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Kommentar II

Ärztliche Eingriffe bedürfen der Einwilligung des Patienten. So lernt es heute jeder Jurastudent, und auch dem angehenden Mediziner ist dieser Grundsatz vertraut.

Verweigert der Patient die Einwilligung, so sind dem Arzt die Hände gebunden. Er ist nicht nur ethisch, sondern auch rechtlich gehalten, durch Aufklärung, ja durch eindringliche Ermahnung den Patienten auf die Konsequenzen seiner Entscheidung hinzuweisen und auf die aus ärztlicher Sicht richtige Entscheidung hinzuwirken. Aber sein durch das Berufsethos vermittelter Heilauftrag bricht sich am entgegenstehenden Willen des seiner Sinne mächtigen (wenn auch nicht unbedingt verständigen) Patienten. Schon 1957 sah sich der Bundesgerichtshof im Falle einer Patientin, bei der ein Gebärmuttermyom festgestellt wurde und die nur in eine organerhaltende Operation eingewilligt hatte, dazu veranlasst, dem Arzt, der – aus medizinischer Sicht verständlicherweise – eine Entfernung der Gebärmutter vorgenommen hatte, ins Stammbuch zu schreiben: „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“ (Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen, 11. Band, S. 111 ff., 114).

Wie so oft ist nicht die Regel das Problem, sondern ihre etwaigen Ausnahmen. Diese können bedeuten, dass der Arzt im Einzelfall auch ohne Einwilligung zum Eingriff berechtigt, ja sogar verpflichtet ist. Der

wohl wichtigste Ausnahmefall betrifft behandlungsbedürftige, aber wegen psychischer Störung krankheitsuneinsichtige Patienten. Sie können gegen ihren Willen zur Abwehr einer erheblichen Gefahr, die sie für sich selbst (oder für andere) darstellen, zwangsweise untergebracht und behandelt werden. In derartigen Fällen ist es Aufgabe des zuständigen – und unverzüglich anzurufenden – Richters, dem Arzt entsprechende Legitimation zu geben. Entsprechende Regelungen finden sich in den Unterbringungsgesetzen bzw. Gesetzen über Hilfsmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) der Bundesländer. Personen, die ihre eigenen Angelegenheiten nicht nur vorübergehend nicht mehr selbst besorgen können, ist durch Gerichtsentscheid ein Betreuer zu bestellen (vgl. §§ 1896 ff. BGB). Auf diesem Wege können auch unterhalb der Schwelle des Unterbringungsrechts stellvertretende Entscheidungen in medizinischen Angelegenheiten realisiert werden.

Nicht selten jedoch wird der Patient, der eine aus medizinischer Sicht dringend notwendige Behandlung ablehnt, nicht als psychisch krank und deshalb als gegenüber seiner Behandlungsbedürftigkeit uneinsichtig bzw. als der rechtlichen Betreuung bedürftig gelten können, obwohl die situativen Umstände des Einzelfalls auf gewisse Defizite in der Willensbildung hindeuten. In diese Kategorie gehört der vorliegende Fall, der dem Arzt/der Ärztin Fingerspitzengefühl abverlangt, wie man es von „Profis“ allerdings auch erwarten dürfen sollte. Die herkömmlichen, auf „chronische“ Entschei-

dungsfähigkeitsdefizite ausgelegten Mechanismen greifen nicht. Und selbst wenn: In derartigen Situationen wird vielfach nicht die Zeit zur Verfügung stehen, eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen; der Arzt bleibt sich selbst überlassen.

War der Patient (nennen wir ihn R), um den es im vorliegenden Fall geht, im Rechtsinne entscheidungsfähig, d. h., imstande, Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen? Der mitgeteilte Sachverhalt enthält gegenläufige Indizien im Hinblick auf die Beurteilung der damit gemeinten „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“:

Einerseits war R „die ganze Zeit voll ansprechbar“, durchaus kommunikationsfähig und in der Lage, die ärztliche Aufklärung zu verstehen. Die behandelnden Ärzte hielten ihn offenbar für fähig, in diagnostische Maßnahmen von einiger Erheblichkeit einzuwilligen; das für deren Durchführung erteilte Einverständnis wurde für valide erachtet. Die im Zuge der Darmspiegelung vorgenommene Sedierung war abgeklungen, und R war imstande, die ihm angesonnene Operation „sehr entschieden“ abzulehnen. Welche Gründe er gegenüber den Ärzten vorgebracht hatte, ist nicht dargestellt; es wird lediglich deutlich, dass sich R der tödlichen Konsequenz seiner Entscheidung durchaus bewusst war. Allein daraus, dass eine Entscheidung dem außenstehenden Betrachter als (mehr oder weniger offensichtlich) „unvernünftig“ erscheint, kann nicht schon auf Entscheidungsunfähigkeit geschlossen werden.

Andererseits veranlasste der festgestellte Blutdruck mit seinen Begleiterscheinungen die behandelnden Ärzte zu der Einschätzung, es mit einem in der konkreten Situation nicht mehr im Rechtssinne kompetenten Patienten zu tun zu haben. Ob die eine oder die andere Einschätzung zutrifft, wird sich kaum klären lassen. Es spricht allerdings nichts wirklich dafür, dass R „chronisch“ entscheidungsunfähig und deshalb einer rechtlichen Betreuung bedürftig gewesen wäre.

Für die weitere rechtliche Analyse ist davon auszugehen, dass die Ärzte R für aktuell einwilligungsunfähig gehalten haben, und dass eine psychiatrische Evaluierung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht möglich war. Am Rande bemerkt: Es bleibt die Frage, warum zunächst offenbar allein eine somatische Diagnostik im Hinblick auf die Appetitlosigkeit betrieben wurde.

Nimmt man – mit den Ärzten – aktuelle Entscheidungsunfähigkeit des R an, so ist dessen mutmaßlicher (hypothetischer) Wille in der Entscheidungssituation („ex ante“) maßgeblich und bedarf der Ermittlung. Erfolgt diese sorgfältig und führt zu einer mutmaßlichen Gestattung der ärztlichen Maßnahme, so ist der Eingriff gerechtfertigt, auch wenn sich ex post herausstellen sollte, dass der Patient nicht einverstanden gewesen wäre.

Im vorliegenden Fall spricht zunächst einiges dafür, dass R die Operation auch dann abgelehnt hätte, wenn er einwilligungsfähig gewesen wäre: Präoperativ war er vereinsamt und im Wortsinne „lebensmüde“. Auch wenn er offenbar keine suizidalen Absichten gehegt (geschweige denn in die Tat umgesetzt) hatte, so kam ihm doch gelegen, was andere als Schicksalsschlag empfinden würden. Andererseits hat R zuvor in ärztliche Behandlungsmaßnahmen eingewilligt, ohne mangelnden Lebenswillen zu erkennen zu geben. Auch lag offenbar eine Patientenverfügung mit behandlungsbegrenzenden Desideraten nicht vor. Es bleibt daher eine nicht unerhebliche Restunsicherheit, und man wird es rechtlich akzeptieren können, wenn die behandelnden Ärzte der Maxime „in dubio pro vita“ (im Zweifel Lebenserhaltung) gefolgt sind, zumal es sich um einen voraussichtlich relativ einfachen, zwar mit einem gewissen Risiko des Scheiterns behafteten, aber dringlich überlebensnotwendigen und nicht im Sinne der Verursachung von Dauerschäden komplikationsträchtigen Eingriff handelte. Dass R hinterher froh darüber war, operiert worden zu sein, gibt für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens ex ante nichts her;

dies beruht auf einer für ihn neuen Sachlage – dem Erlebnis unerwarteter Zuwendung.

Allerdings scheinen die Ärzte bei ihrer Entscheidung sich nicht am mutmaßlichen Patientenwillen orientiert zu haben; handlungsleitend war vielmehr ihre Angst vor dem Staatsanwalt. Sie sind offenbar davon ausgegangen, auf den mutmaßlichen Willen komme es gar nicht an, es gelte vielmehr unbedingte Lebenserhaltungspflicht, und fürchteten, sich wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323 c StGB) oder gar wegen Totschlags durch Unterlassen (§§ 212 in Verbindung mit § 13 StGB) strafbar zu machen.

Wäre R für einwilligungsfähig zu halten, so wäre die ärztliche Einschätzung der Rechtslage unrichtig: Hilfeleistungs- wie Garantienpflicht finden ihre Grenze am entgegenstehenden Willen des Rechtsgutträgers. Gleichwohl wird selbst bei dieser Konstellation von manchen Autoren im medizinrechtlichen Schrifttum der als eigenmächtiger Retter handelnde Arzt für gerechtfertigt (Notstand im Sinne von § 34 StGB) oder zumindest für entschuldigt (unvermeidbarer Verbotsirrtum, § 17 StGB) gehalten – eine wohl zu weit gehende Auffassung.

Bei fehlender Entscheidungsfähigkeit und Unmöglichkeit, den mutmaßlichen Willen des Patienten hinreichend sicher festzustellen – jene Sachlage, von der im vorliegenden Fall die Ärzte ausgegangen sind und auch ausgehen durften (s. oben) –, wird man eine Handlungspflicht des Arztes grundsätzlich zu bejahen haben, jedoch sind insoweit Grenzen unter dem Gesichtspunkt der Unzumutbarkeit denkbar, etwa wenn der Patient erheblichen körperlichen Widerstand leistet.

Wäre hingegen der mutmaßliche Wille des aktuell entscheidungsunfähigen Patienten eindeutig bestimmbar und auf eine Ablehnung der ärztlichen Maßnahme gerichtet, so wäre die Rechtslage im Ergebnis dieselbe wie beim Fehlen einer Einwilligung des entscheidungsfähigen Patienten. Nach hier vertretener Auffassung bestünde dann nicht einmal ein Eingriffsrecht, geschweige

denn eine Handlungspflicht. Insoweit könnte man im Falle der Annahme, auf den mutmaßlichen Willen komme es nicht an, von einem „umgekehrten Gebotsirrtum“ sprechen, da nicht ein existentes Gebot verkannt, sondern ein (insoweit) nicht bestehendes Gebot für gegeben erachtet wird. Derartige Fälle sind rechtlich nach den Grundsätzen des Verbotsirrtums (§ 17 StGB) zu behandeln: Der objektiv gegebene Eingriff in die Patientenautonomie führt bei Unvermeidbarkeit zu Strafflosigkeit, bei Vermeidbarkeit dagegen zu Strafbarkeit wegen vorsätzlicher Körperverletzung, aber Möglichkeit der Strafmilderung.

Die Stationsärztin unseres Falles mag sich in erster Linie durch den Sinneswandel des R in ihrem Vorgehen bestätigt fühlen. Aus rechtlicher Sicht ist ihr Verhalten im Ergebnis als korrekt zu bewerten. Dies gilt übrigens auch für den Fall, dass dieser Sinneswandel nicht stattgefunden hätte. Sie hätte sich dann möglicherweise mit einer Strafanzeige des R wegen Körperverletzung konfrontiert gesehen, die freilich aus den dargelegten Gründen kaum Erfolgsaussichten gehabt hätte.

Korrespondierender Autor

Priv.-Doz. Dr. jur. Hans-Georg Koch

Max-Planck-Institut
für ausländisches und internationales Strafrecht,
Günterstalstraße 73, 79110 Freiburg

Interessenkonflikt: Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.